



Importancia de la aplicación del protocolo de actuación en pacientes con riesgo suicida que ingresan en el servicio de urgencias hospitalarias de la Comunidad Autónoma de Canarias

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Autor: Daniel López García

Tutora: Patricia Iria Suárez Daroca

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

TENERIFE

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CURSO 2021-2022

AGRADECIMIENTOS

Gracias,

A Patricia, tutora de este trabajo, porque su implicación y exigencia han supuesto para mí un desafío que me ha hecho mejorar y crecer.

A todos los profesores y a los enfermeros que han puesto su granito de arena contribuyendo a mi formación como futuro profesional. Gracias por la paciencia, el cariño y el esmero con el que me han acogido, haciéndome sentir un miembro más de cada servicio que he pisado. Por gente como ustedes, la profesión se hace grande.

A mis compañeros de carrera, gracias por demostrarme que todo es posible y que todo llega, y porque gracias a ustedes llevo cuatro años diciendo “los de mi clase aún no habían nacido” ante cualquier episodio del pasado.

A Tomás y a Popo, pues sin ellos hubiera sido imposible compaginar los estudios con el trabajo, por no ponerme nunca una mala cara y darme ánimo en todo momento.

Por supuesto a mi familia, especialmente a mi madre y mis hermanas, por apoyarme en la locura de estudiar otra carrera cuando parecía impensable.

Y finalmente a Ana, la mejor compañera de vida que se pueda tener. Gracias por acompañarme en esta locura y estar en los momentos difíciles, sin tu apoyo no hubiera sido lo mismo. Por fin ha llegado el día... ¡soy enfermero!

Y si me olvido de alguien, por favor discúlpenme que ya tengo una edad.

En recuerdo de todas aquellas personas que han visto en el suicidio la única solución a sus problemas. Porque cada vez sean menos, porque seamos capaces de darles una alternativa.

RESUMEN

Canarias presentó en 2020 la mayor tasa de suicidio registrada hasta el momento, un total de 208 defunciones, que sitúan el suicidio como la primera causa externa de mortalidad en esta Comunidad Autónoma, superando la media nacional. Actualmente, el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, y el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias, han sentado las bases para la realización de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarias. Sin embargo, en la práctica la realidad es distinta, pues en estos servicios la aplicación del protocolo no se lleva a cabo en su totalidad. Este trabajo desarrolla los últimos datos de suicidio en Canarias, así como los factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida, la valoración de la misma, así como los planes actuales para prevención del suicidio, con la finalidad de remarcar la necesidad de aplicar las medidas propuestas con prontitud.

Palabras claves: suicidio, protocolo, urgencias, prevención.

ABSTRACT

In 2020, the Canary Islands had the highest suicide rate recorded to date, with a total of 208 deaths, making suicide the leading external cause of mortality in this Autonomous Community, exceeding the national average. Currently, the Mental Health Plan of the Canary Islands 2019-2023, and the Program for the Prevention of Suicidal Behavior in the Canary Islands, have set the basis for the implementation of a single protocol for action in patients at risk of suicide in hospital Emergency Departments. However, the reality in practice is different, since the application of the protocol is not carried out in its entirety in these services. This paper develops the latest data on suicide in the Canary Islands, as well as the risk factors and protective factors of suicidal behavior, its assessment, as well as the current plans for suicide prevention, with the aim of highlighting the need to apply the proposed measures promptly.

Key words: suicide, protocol, emergency department, prevention.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1. Epidemiología	3
2.2. Factores de riesgo	5
2.2.1. Factores de riesgo inmodificables.....	5
2.2.2. Factores de riesgo modificables	8
2.2.3. Factores protectores	10
2.3. Valoración del riesgo suicida	11
2.4. Planes y programas	12
2.4.1. Planes y programas de Canarias.....	14
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. OBJETIVOS	17
4.1. Objetivo general.....	17
4.2. Objetivos específicos	17
5. METODOLOGÍA (MATERIALES Y MÉTODOS)	18
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
6.1. Causas de muerte externa en Canarias y España	20
6.2. Mortalidad por suicidio en España y Comunidad Autónoma de Canarias en 2019 y 2020.....	26
6.3. Esquema de protocolo de actuación en pacientes con riesgo suicida en el Servicio de Urgencias hospitalarias	37
6.4. Comparativa de protocolo de actuación en conducta suicida de Madrid y Canarias	39
7. CONCLUSIONES	41
8. BIBLIOGRAFÍA	43
9. ANEXOS	47

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es la primera causa externa de mortalidad en España, con casi 4.000 personas que deciden poner fin a su vida en nuestro país cada año.

En Canarias, los datos no difieren mucho de los del resto del país, siendo en 2020 la cuarta Comunidad Autónoma con más fallecimientos causados por suicidio.

Pese a esta elevada tasa de mortalidad, el suicidio ha sido considerado, hasta hace poco, como un tema tabú. Los medios de comunicación no transmitían información de este fenómeno temiendo el conocido como “efecto llamada”. Este factor, lejos de contribuir al descenso de las cifras, que mantienen tendencia creciente, ha provocado que, en torno al suicidio y los elementos que lo rodean, exista un gran desconocimiento y silencio, nada beneficioso para las personas que lo sufren y/o sus familiares.

Como veremos a lo largo del presente trabajo, el suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, con numerosos factores de riesgo, tanto modificables como no modificables que requieren atención y una gestión adecuada por parte de los profesionales del ámbito social y sanitario.

Actualmente, existen protocolos establecidos para el abordaje de los pacientes con riesgo suicida, elaborados por las diferentes comunidades autónomas con objeto de prestar atención continuada e integral a los pacientes que contactan con el sistema sanitario por este motivo. Sin embargo, la realidad es que su aplicación aún resulta insuficiente y poco extendida entre los profesionales sanitarios.

No hay salud sin salud mental, desde hace años, tanto la Organización Mundial de la Salud, como otros organismos relevantes en la materia, han puesto el foco en la necesidad de considerar la salud mental como elemento clave en el concepto global de salud de la persona.

Por este motivo cobra especial relevancia la importancia de aplicación de los protocolos establecidos para el abordaje del riesgo suicida, y la necesidad de que los profesionales sanitarios, especialmente aquellos cuyas labores se desarrollan en las puertas de entrada al sistema sanitario (servicios de urgencias, atención primaria etc.) estén permanentemente actualizados y preparados para garantizar una atención de calidad a las personas que lo necesitan.

2. MARCO TEÓRICO

El suicidio, del latín “sui” (de sí mismo) y “cidum” (matar), es definido por la RAE como “la acción o acto de suicidarse” (quitarse voluntariamente la vida). Se trata de un fenómeno que a lo largo de los años ha sufrido múltiples variaciones en cuanto a su definición y descripción, abarcando diferentes categorías de comportamiento. Podría decirse que el concepto de suicidio ha evolucionado a lo largo de los años, abandonando las definiciones que consideraban exclusivamente el acto final, y acogiendo aquellas que contemplan distinciones terminológicas como parte de un continuo ⁽¹⁾.

Por tanto, el concepto de suicidio hace referencia al acto de autoprovocarse la muerte, pero abarca una serie de conductas relacionadas que van desde el deseo de muerte hasta el suicidio consumado, toda esta terminología ⁽²⁾ es preciso definirla como paso previo a realizar una correcta evaluación del espectro en su conjunto.

- **Deseo de muerte:** Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente.
- **Representación suicida:** Constitución de imágenes mentales del suicidio del propio individuo.
- **Ideación suicida:** Pensamiento, planificación o el deseo de cometer suicidio, puede estar más o menos estructurada.
- **Amenaza de suicidio:** Insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto. Debe considerarse siempre como una llamada de auxilio, una petición de ayuda.
- **Gesto de suicidio:** Hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, además de realizar un acto suicida.
- **Intento de suicidio:** Intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Acto suicida sin resultado de muerte. De no mediar situaciones fortuitas, no inesperadas o casuales hubiera desembocado en muerte.
- **Suicidio:** Lesión autoinflingida deliberadamente y cuyo resultado es la muerte.

El suicidio comporta un grave problema de salud pública. No se conoce claramente su frecuencia, por lo que su registro estará infraestimado, teniendo que ser revisado a través del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP) mediante la ficha de registro de conductas suicidas y la Historia Clínica Electrónica. Si contabilizar el número de suicidios consumados anualmente ya es tarea compleja, de la que hasta hace pocos años en España no se aportaban cifras oficiales, si ampliamos el foco a todo el

espectro, resulta imposible determinar el número de personas que realizan cada día conductas relacionadas sin llegar a consumir el acto.

El suicidio supone un enorme impacto social, familiar y sanitario. Se trata de una conducta compleja, en la que intervienen factores psicológicos, biológicos, sociales, culturales y ambientales.

Pese a ser una conducta que supone un impacto global, la OMS, en su Informe sobre el suicidio ⁽³⁾ refiere que en todo el mundo solo 38 países cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio, y centra en 4 las líneas prioritarias de acción:

1. Limitar el acceso a los medios y métodos de la población para cometer actos suicidas.
2. Promover la difusión responsable de los casos de suicidio en los medios de comunicación
3. Implantar programas de promoción de competencias socioemocionales para la vida en jóvenes y detectar los casos en riesgo de manera temprana.
4. Evaluar, gestionar y hacer seguimiento de las personas con pensamientos y comportamientos suicidas.

Según el Ministerio de Sanidad, a través del *Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias*, los Servicios de Urgencias hospitalarios son especialmente relevantes en relación al suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud, en la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante, por tanto, los servicios de urgencias suelen ser los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario, por lo que el establecimiento de un protocolo en esta fase cobra vital relevancia.

2.1. Epidemiología

El suicidio representa en la actualidad un gran problema social, ya que se estima que al año se suicidan cerca de 700.000 personas (1 de cada 100 muertes), siendo la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años en 2019. Además, aunque ocurre en todos los países, el 77% de los suicidios se originan en los de bajo y medio ingreso económico ⁽³⁾.

A través de la información facilitada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y siguiendo los criterios establecidos por la OMS mediante la clasificación Internacional de

Enfermedades (CIE), podemos recopilar información sobre la estadística de defunciones según la causa de muerte, siendo de gran valor para el campo de la sanidad. Las enfermedades circulatorias, el cáncer o recientemente la Covid-19 encabezan el listado de defunciones en España (según el INE), pero no debemos olvidar que el suicidio, es la primera causa de muerte externa, con unas cifras de 3.941 fallecimientos en 2020, siendo un 7,4% más que en 2019 ⁽⁴⁾. Además, según estudios realizados por la OMS, por cada suicidio en España hay unos 20 intentos autolíticos, esto quiere decir que para el año 2020 se obtendrían unas cifras de 78.820.

Se pueden observar diferentes tasas anuales de suicidio según países, comunidades, edad, género y situación socioeconómica. Por ejemplo, en España al comparar por sexos en 2020, se dataron 2.930 suicidios en hombres, frente a 1.011 en el caso de mujeres, triplicando casi su valor.

Teniendo en cuenta esto, en España se produjo una media de 8,31 suicidios por cada 100.000 habitantes en 2020, mientras que en países vecinos como Portugal (en 2019) fueron 9,47, Francia (2017) 12,53, Italia (2019) 6,12, Alemania (2019) 10,98 y Reino Unido (2018) 8,08.

Países como Estados Unidos en 2017 y Japón en 2018, tuvieron una incidencia de 14,50 y 15,80 suicidios por 100.000 habitantes respectivamente.

Canarias tuvo una media de 9,56 suicidios por cada 100.000 habitantes en 2020 (cuando la media española en este año era de 8,31), siendo la 4ª Comunidad Autónoma con más fallecimientos por este motivo, superado solo por Asturias con 12,27, Galicia con 11,29 y Castilla y León con 9,90.

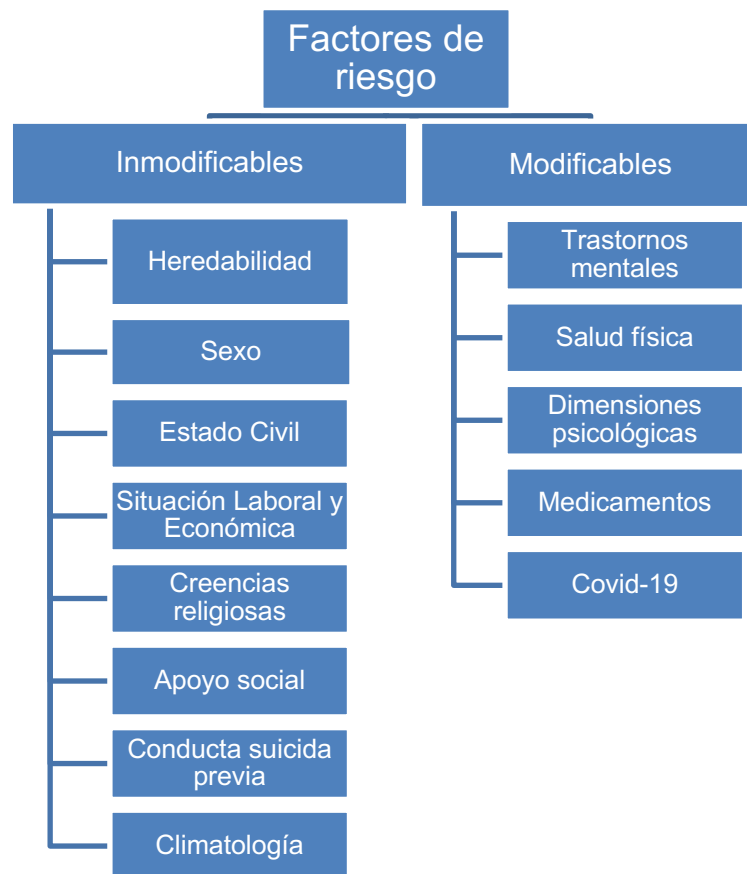
Estudios realizados ⁽⁵⁾ a través de datos de la OMS entre el 2000 y 2015 en 58 países, diferenciando género y edad, muestran que el ahorcamiento es el método más utilizado en 54 de estos países. Otros estudios ⁽⁶⁾ incluyendo 16 países dentro de la Alianza Europea contra la Depresión, confirman que existen 7 métodos predominantes de suicidio, encabezados por el ahorcamiento, tanto para hombres (54,3%), como para mujeres (35,6%) y seguidos según el género de estos. En el caso de los hombres, después del ahorcamiento, el segundo método más utilizado fue por armas de fuego y envenenamiento, mientras que en el caso de las mujeres siguió por la intoxicación medicamentosa y salto desde un lugar alto.

Estudios de la Universidad de Cantabria ⁽⁷⁾ reflejan el mismo patrón para dicha Comunidad Autónoma, siendo el método de ahorcamiento el más utilizado tanto para hombres como para mujeres y por medio de agentes tóxicos el segundo.

2.2. Factores de riesgo

El suicidio se debe a un conjunto de factores complejo, pudiendo verse afectado tanto por el ambiente, como por el propio individuo. Además, pueden intervenir factores propios de la persona, de sus relaciones familiares, sociales, laborales o políticas.

Existen diferentes autores que clasifican estos factores de riesgo, pero si tenemos en cuenta a *Giner y Pérez* ⁽⁸⁾, podemos agruparlos en inmodificables y modificables.



Esquema 1. Factores de riesgo. Elaboración propia.

2.2.1. Factores de riesgo inmodificables

No puede separarse del propio individuo o depender de algo externo. Encontrándose nada o poco modificable con el tiempo.

Encontrando así:

Heredabilidad

Estudios genéticos ⁽⁹⁾ implicados en conductas agresivas, el autocontrol o la impulsividad, relacionan estas características, así como la trasmisión de trastornos mentales, en un aumento de los casos de suicidio.

Sexo

Como se ha comentado anteriormente, la tasa de suicidio es mayor en hombres que en mujeres, aunque son las mujeres quienes lo intentan más veces. Es por ello por lo que la tasa anual mundial de suicidio en hombres es de 15 por 100.000 habitantes, mientras que en mujeres es de 8. Estos datos han sido reflejados por la Organización Mundial de la Salud en 2014.

Edad

Se observa que la tasa de suicidios aumenta con la edad, debido a que la salud mental también empeora y se producen más pérdidas interpersonales ⁽¹⁰⁾. Además, en adolescentes es considerada la primera causa de muerte, sustituyendo a los accidentes de tráfico. Para este grupo de edad, se correlaciona más con patologías psiquiátricas ⁽¹¹⁾ tanto en los jóvenes como en sus familiares. Los individuos con edad superior a los 65 años presentan las mayores tasas de suicidio, siendo los factores que más afectan la viudedad, la jubilación y la patología psiquiátrica, teniendo mucho peso los factores sociales, que provocan la soledad o apoyo reducido ⁽¹²⁾.

Estado Civil

Los viudos tienen un alto índice de suicidio (viéndose incrementado en los hombres), sobre todo en el año posterior de la pérdida ⁽¹³⁾. También aumenta en separados o con problemas conyugales.

Situación laboral y económica

Existen estudios que relacionan las profesiones sanitarias (médicos y enfermeras) con un alto porcentaje de suicidios ⁽¹⁴⁾, debido al conocimiento que tienen sobre medicaciones), pero incluso más importante que el tipo de trabajo, es el desempleo,

pudiendo provocar un incremento del suicidio en esta situación y algo superior en hombres ⁽¹⁵⁾. Además de la falta de trabajo, el suicidio, así como la ideación o intento, puede verse afectado por otros factores como pueden ser la edad, el alcohol y los trastornos mentales.

Según la OMS, los suicidios se dan de manera más frecuente en países con ingresos medios o bajos, por lo que las crisis económicas afectarán aumentando el desempleo y el grado de vulnerabilidad social, incrementando de esta manera el riesgo de suicidio. En Andalucía, durante la crisis de 2008, aumentó el suicidio en edades comprendidas entre 35 y 54 años, coincidiendo con el aumento de la tasa de paro ⁽¹⁶⁾.

Creencias religiosas

Tanto musulmanes como católicos contemplan el suicidio como algo negativo en su religión, sin embargo, esto no es así en protestantes, por lo que las tasas de suicidio serán mayores. Estudios ⁽¹⁷⁾ indican que profesar una religión puede proteger de intentos de suicidio.

Apoyo social

La baja autoestima, dificultades de relación y el pesimismo a la hora de resolver problemas, son características que, en personas poco sociables, aumentan el riesgo de suicidio ⁽¹⁸⁾, viéndose con frecuencia en grupos marginados.

Por tanto, el aislamiento social, reflejado en una menor comunicación, junto con la falta de pareja, puede provocar mayor tasa de suicidio ⁽¹⁹⁾.

Conducta suicida previa

Se ha comprobado que individuos con antecedentes de intentos autolíticos, así como antecedentes de suicidio en familiares, aumentan el riesgo de suicidio ⁽²⁰⁾. Personas con intentos autolíticos previos, tienen entre 25 y 40 veces más posibilidades de morir por esta causa ⁽²¹⁾.

Otros factores:

Climatología

La climatología de un lugar puede afectar a nuestro estado de ánimo, alterando nuestra salud mental y en último recurso provocando el suicidio ⁽²²⁾. Además, se ha

comprobado que tienen una correlación positiva con el aumento de la temperatura, debido a que altas temperaturas provocan mayor agresividad, impulsividad y estrés ⁽²³⁾.

2.2.2. Factores de riesgo modificables

Donde participan factores sociales, psicológicos o psicopatológicos, pudiendo afectar de esta manera al individuo. Siendo:

Trastornos mentales

Numerosos estudios ⁽²⁴⁾ indican que el 90% de los individuos que terminan suicidándose, tenían un trastorno mental, siendo incluso más frecuente a incrementar el número de diagnósticos. De entre todos los trastornos estudiados, los principales serían los afectivos y los ocasionados por abusos de sustancias.

Además, se observó un mayor riesgo al inicio de la enfermedad y en los primeros 6 meses tras el alta psiquiátrica ⁽²⁵⁾.

Cuando analizamos los trastornos afectivos, comprobamos que el trastorno depresivo mayor está muy relacionado con una conducta suicida. Siendo en las mujeres más frecuente este tipo de trastornos, pudiendo estar combinado, con obesidad y trastornos de la conducta alimentaria ⁽²⁶⁾.

Es también en el trastorno bipolar donde se ve un incremento del riesgo suicida, en el que estudios previos ⁽²⁷⁾ dataron que un 24% de los pacientes con este tipo de trastorno habían intentado suicidarse al menos una vez en su vida.

Para la esquizofrenia se ha observado que el 10% de los individuos que padecen esta enfermedad realizan con éxito una conducta suicida ⁽²⁸⁾, siendo más frecuente en hombres y al inicio del diagnóstico. Además, el uso de clozapina, disminuye la conducta suicida en pacientes con este trastorno.

Casi un 20% de pacientes con trastorno de ansiedad, realizan un intento autolítico a lo largo de su vida, pudiendo verse aumentado cuando se asocia con otros trastornos como la depresión ⁽²⁹⁾.

El 15% de los pacientes con alcoholismo se suicidan, por lo que el abuso de sustancias, como el alcohol, aumentan hasta 6 veces este tipo de conductas con respecto al resto de la población ⁽³⁰⁾. Sin embargo, cuando el abuso y la dependencia es de drogas

como opioides, cocaína o cannabis, puede llegar a aumentar hasta 20 veces más, pudiendo estar asociado, además, a otros trastornos mentales como la depresión, incrementando así su riesgo.

Los trastornos de personalidad también pueden aumentar el riesgo de conducta suicida, ya que suelen ir asociados a alcoholismo, drogadicción, aislamiento social o depresión. Cabe destacar el trastorno límite de la personalidad, asociado muy frecuentemente con intentos y actos suicidas. Teniendo entre 3 y 12% más de probabilidad de terminar realizando un comportamiento suicida ⁽³¹⁾.

Otros trastornos mentales, tales como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), presentan mayor probabilidad de suicidio consumado, debido a su alta impulsividad. Más aun si son hombres y con trastornos de la conducta asociados o depresión ⁽³²⁾. También se ha visto mayor riesgo de suicidio en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (pudiendo estar asociado también a depresión o abuso de sustancias).

Salud física

Individuos con enfermedades somáticas, junto con discapacidad o dolor físico extremo, presentan también riesgo suicida, así como pacientes con cáncer, VIH, esclerosis múltiple o lesión de médula espinal (entre otras patologías) están asociados a una mayor tasa de suicidio, pudiendo estar relacionado con depresión ⁽³³⁾.

Dimensiones psicológicas

La conducta suicida, así como los intentos, está estrechamente relacionada con rasgos de impulsividad y/o agresividad, sobre todo en pacientes jóvenes o adolescentes ⁽³⁴⁾. Por lo que será muy importante una correcta evaluación del rasgo suicida.

Otras dimensiones como la desesperanza, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y la capacidad de resolución de problemas, también se han visto asociadas a la conducta suicida.

Otros factores:

Medicamentos

Es bien conocido que existen medicamentos que pueden aumentar las ideas autolíticas, tales como analgésicos, antidepresivos y anticonvulsivantes ⁽³⁵⁾. Pacientes con trastorno bipolar que presentan tratamiento de larga duración con antidepresivos, pueden tener el doble de riesgo suicida ⁽³⁶⁾.

Covid-19

Aunque existe cierta controversia en algunos estudios, en los que se publica que debido al confinamiento entre los meses de marzo y junio de 2020, se ha reducido el número de suicidios en Japón y EEUU ^(37 y 38), debido al aumento del compromiso familiar, también sabemos, como se ha comentado anteriormente, que factores como el desempleo, el aislamiento social o trastornos mentales como la depresión, aumentan el riesgo de conducta suicida.

Investigaciones de Pérez Sola, relacionando el Covid-19 con la depresión ⁽³⁹⁾ en 2020 o el Estudio Checo de Salud Mental ⁽⁴⁰⁾ en el que observó como aumentó hasta 3 veces los trastornos depresivos mayores y dos veces los cuadros de ansiedad de 2017 a 2020, con el consiguiente aumento de riesgo suicida, son ejemplos del daño que ha provocado esta pandemia en la sociedad.

2.2.3. Factores protectores

Denominamos factores protectores a todas aquellas características individuales o derivadas del entorno que, en circunstancias de vulnerabilidad, pueden reducir el riesgo suicida, evitando un desenlace traumático.

Los factores protectores han sido estudiados por diferentes autores, pero en menor medida si los comparamos con los de riesgo. Hay que destacar, que la presencia de alguno de estos factores no garantiza la no conducta suicida, ya que dependerá de la relación que exista con los factores de riesgo, pudiendo además, tener mayor o menor peso entre los diferentes grupos de edades.

Dentro de los factores protectores individuales, podemos encontrar actitudes y valores propios de la persona, como el autocontrol, la facilidad de adaptación, habilidad para resolver problema, elevada autoestima, mentalidad positiva o planes de futuro, así

como el sentido religioso, factor que también puede proteger ante intentos suicidas. Además, de la ausencia de trastornos mentales.

Si tenemos en cuenta las fortalezas extrínsecas (del entorno), englobaremos la cultura del suicidio, la economía, descendencia, pareja, presencia de trabajo gratificante, buena red social de apoyo o dificultad para la adquisición de tóxicos, medicamentos o armas ^(41 y 42).

Factores protectores	
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de trastorno mental • Autocontrol • Facilidad de adaptación • Habilidad para resolver problemas • Elevada autoestima • Creencias religiosas firmes • Mentalidad positiva • Tener planes de futuro
Del entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura antisuicidio • Buena situación económica • Tener hijos o estar embarazada • Vivir en pareja • Tener un trabajo gratificante • Disponer de un buen apoyo sociofamiliar • Disfrutar de una vida afectiva placentera • Encontrar dificultades para la adquisición de tóxicos, medicamentos o armas

Tabla 1 sacada del libro "Suicidio. Una cuestión multidisciplinar. A. Moleón" ⁽⁴³⁾.

2.3. Valoración del riesgo suicida

La valoración del riesgo suicida es un punto importante que ha de ser llevada a cabo por el psiquiatra o psicólogo, pero del que deben estar formados el resto de profesionales sanitarios.

Estos pacientes se evaluarán mediante su historia clínica y cuestionarios de valoración validados. Los cuestionarios nos servirán de guía para la valoración, pero es en la historia clínica donde cae mayor peso.

A la hora de la entrevista, se tendrá en cuenta ⁽⁴⁴⁾:

- Factores de riesgo individuales.
- Posibles factores precipitantes.
- Efectos protectores.
- Estado de salud general y enfermedades coexistentes.
- Entorno familiar.

Cuestionarios o escalas de valoración del riesgo suicida (ver Anexo):

1. MINI (Mini – International Neuropsychiatric Interview).
2. Escala de valoración del riesgo suicida de la Organización Mundial de la Salud.
3. SAD PERSONS. Utilizada en medicina de urgencia.
4. Escala de ideación o Intencionalidad Suicida de Beck.
5. Escala Columbia.
6. Escala Paykel. Valoración del riesgo suicida en adolescentes. Útil en Atención Primaria y Servicios de Urgencias.
7. Escala de detección de riesgo suicida SAMUR-Protección Civil. Indicado para Servicios de Urgencias.
8. Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz.

Finalmente se registra el riesgo de suicidio como bajo, moderado o alto, siendo bajo cuando no existe autolesión y la sintomatología es leve. En riesgo moderado, comienza a haber conducta previa suicida y presenta mayor sintomatología. Y alto, cuando existe elevada sintomatología psiquiátrica, signos de alarma de suicidio inminente, ausencia de factores de protección y un mal apoyo familiar.

2.4. Planes y programas

Debido a la importancia que tiene la salud y en concreto para este marco de estudio, en cuanto a la prevención del suicidio, las diferentes comunidades autónomas han desarrollado planes y programas con el fin de reducir la tasa de mortalidad por esta conducta, siguiendo las estrategias del ministerio de sanidad, así como de la Organización Mundial de la Salud.

“Los planes generales de salud son el instrumento estratégico básico de planificación y coordinación a nivel autonómico, mediante el cual se definen las políticas de salud y servicios sanitarios y se establece el marco de referencia para todas las actuaciones en el ámbito de salud de las comunidades autónomas” ⁽⁴⁵⁾.

Los programas de salud son las acciones que se realizan con la finalidad de mejorar las condiciones sanitarias de una población. Por lo que desde el gobierno, se realizarán campañas de prevención para la población desde los centros de atención, tanto sanitarios como educativos, de empleo, vivienda, planificación territorial y servicios municipales.

Estos planes se basan principalmente en estudios demográficos y de morbilidad, epidemiología y análisis de costes a nivel social y sanitario.

En 2020, el Ministerio de Sanidad publicó la revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento ⁽⁴⁶⁾, suponiendo de gran importancia para la formación y prevención y sirviendo de ayuda en la toma de decisiones en la atención sanitaria.

Recientemente, en la presentación del Plan de Acción 2021-2024 de Salud Mental y Covid-19, el presidente del gobierno, Pedro Sánchez, ha comentado que se invertirá 100 millones de euros para abordar los efectos de la pandemia en la Salud Mental, con lo que se pretende impulsar la formación sanitaria en esta área, lanzar campañas para visibilizar los problemas de salud mental, además de la incorporación de la especialidad de psiquiatría infantil y adolescente en la Formación Sanitaria Especializada. También, se ha facilitado un teléfono de información 24 horas gratuito y confidencial (024), mediante el apoyo de profesionales sanitarios ante la conducta suicida. De esta forma, se podrá derivar más rápidamente a los servicios de emergencia en situaciones de gravedad.

Además, la OMS ha desarrollado una guía para prevenir el suicidio ⁽⁴⁷⁾, denominada *LIVE LIFE* (“Vivir la vida”), en el que se dan recomendaciones basadas en la evidencia, como son restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse (plaguicidas, armas de fuego o ciertos medicamentos), educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre el suicidio, desarrollar en los adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida y detectar a tiempo, evaluando y tratando a las personas que muestren conductas suicidas haciéndoles un seguimiento. Asimismo, los Estados Miembros de la OMS se han comprometido en virtud del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020 a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios de aquí a 2030 ⁽⁴⁸⁾.

2.4.1. Planes y programas de Canarias

2.4.1.1. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023

Aprobado por el consejo de gobierno el 18 de marzo de 2019 y desarrollado por la Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias, dentro de la dirección General de Programas Asistenciales.

Este plan ⁽⁴⁹⁾ sirve como herramienta de orientación para profesionales sanitarios, instituciones, entidades asociativas y personas con trastornos mentales con el fin de mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas. De esta manera, toma como base lo establecido en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 y el Plan de Salud de Canarias 2016-2017.

Presenta 12 líneas estratégicas, con 26 objetivos generales y 161 objetivos específicos.

- Línea Estratégica 1. Promoción y prevención.
- Línea Estratégica 2. Prevención y tratamiento de la conducta suicida.
- Línea Estratégica 3. Atención a las personas con trastornos mentales.
- Línea Estratégica 4. Atención a la salud mental infanto-juvenil.
- Línea Estratégica 5. Atención a la salud mental de personas de edad avanzada.
- Línea Estratégica 6. Atención a las personas con patología dual y adicciones.
- Línea Estratégica 7. Rehabilitación psicosocial.
- Línea Estratégica 8. Prevención y reducción del estigma.
- Línea Estratégica 9. Salud mental y género.
- Línea Estratégica 10. Coordinación.
- Línea Estratégica 11. Sistemas de información.
- Línea Estratégica 12. Formación e investigación.

El objetivo general dentro de la línea estratégica 2 de prevención y tratamiento de la conducta suicida es *“reducir la tasa de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones en Canarias, mediante mejoras en las actuaciones sobre la población y en la atención a los pacientes con riesgo suicida, en términos de prevención, detección precoz, intervención, seguimiento y coordinación”*.

Además, presenta 6 objetivos específicos:

1. Disponer de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, que contenga un análisis de la situación periódico sobre las conductas suicidas en

Canarias y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

2. Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.
3. Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.
4. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.
5. Mejorar la actuación clínica en situaciones específicas de riesgo y complejidad.

En el que una de sus actividades será la elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

6. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional relativa a los pacientes con riesgo suicida o conductas suicidas.

Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, por medio de los Servicios de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y del servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud, sitúa la prevención del suicidio como una de sus prioridades ⁽⁵⁰⁾.

En el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, se pone como objetivo dentro de una de sus líneas estratégicas (prevención y tratamiento del suicidio), mejorar las actuaciones en la población y la atención a los pacientes con riesgo suicida, por lo que dentro de este programa se trabajó en sus objetivos específicos.

Para realizar un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios, es necesario establecer mecanismos articulados, coordinados y basados en el conocimiento científico disponible, con objeto de minimizar el riesgo de suicidio de los pacientes ingresados, tanto con conductas suicidas como ideas de suicidio. Además, para la elaboración de este protocolo se tendrá en cuenta las áreas relativas a los pacientes (evaluación e intervención), a los profesionales implicados y a la coordinación (entre profesionales de urgencias y de Salud Mental hospitalaria y ambulatoria).

En los aspectos relacionados con la plantilla, los profesionales de enfermería que realizan el triaje, deben conocer los diferentes factores de riesgo, la evaluación del riesgo suicida y la prevención ⁽⁵¹⁾. Según la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, propone un triaje específico para pacientes con conducta suicida

sin afectación grave de su condición física, en el que se use la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de *Horowitz*. Las preguntas serían las siguientes:

- ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?
- ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?
- ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?
- ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?

Finalmente, dentro del programa se dan recomendaciones de cara a la elaboración del protocolo de actuación para pacientes con riesgo suicida, en el que se utilizará la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, como base para desarrollar los contenidos.

3. JUSTIFICACIÓN

Cada vez contamos con más información y conocimiento en relación al espectro del suicidio. En los últimos años, tanto la comunidad científica como los profesionales sanitarios, han puesto el foco en estudiarlo en profundidad, con el objetivo de arrojar algo de luz que permita aumentar la comprensión sobre un fenómeno, hasta el momento, poco conocido, o incluso silenciado.

Sin embargo, pese a que el campo de conocimiento ha aumentado notablemente, no podemos obviar que aún queda un largo camino por recorrer.

Teniendo en cuenta a la elevada tasa de suicidio existente en nuestro país, y particularmente en la Comunidad Autónoma de Canarias, la problemática social que supone y el efecto devastador que genera en las familias que lo sufren, resulta de elevado interés analizar este fenómeno y los factores que lo rodean, con el objetivo de mejorar la comprensión del mismo, incrementar la prevención y favorecer la aplicación de protocolos de actuación eficaces.

Resulta relevante además, aumentar el conocimiento sobre los datos estadísticos existentes en la actualidad, en relación a las tasas de mortalidad en Canarias en comparación con las diferentes Comunidades Autónomas, con el objetivo de valorar la necesidad de aplicar protocolos de actuación eficaces.

La enfermera de urgencias puede desempeñar un papel clave en aspectos relacionados con la prevención e identificación de factores de riesgo, y repercutir

positivamente en la calidad asistencial de las personas, satisfacción y reducción de tiempos de espera ⁽⁵²⁾. Por ello, resulta de vital importancia que los enfermeros estudiemos y aumentemos nuestro conocimiento en este campo de estudio.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Poner de manifiesto la situación actual de mortalidad por suicidio en la Comunidad Autónoma de Canarias y la necesidad de la aplicación del protocolo de actuación en pacientes con riesgo suicida en los servicios de urgencias hospitalarias.

4.2. Objetivos específicos

- Comparar suicidios entre la Comunidad Autónoma de Canarias y el resto del país.
- Analizar la principal causa de muerte externa en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Conocer los efectos de la pandemia por Covid-19 en intentos autolíticos.
- Recopilar información relativa a los planes y programas vigentes en cuanto a prevención de la conducta suicida en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Elaborar esquema de protocolo de actuación en pacientes con riesgo suicida en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Comparar el protocolo de actuación de la Comunidad Autónoma de Canarias con el de una comunidad con menor tasa de suicidio.

5. METODOLOGÍA (MATERIALES Y MÉTODOS)

Para el desarrollo de este estudio, se realizó un trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo y corte transversal. Se ha realizado además, una búsqueda bibliográfica de la situación actual del riesgo suicida, su valoración y los planes y programas de prevención recientes, utilizando las bases de datos Pubmed y SciELO, siendo de gran ayuda el recurso electrónico de la biblioteca digital de la Universidad de La Laguna, el Punto Q. Además, se tomaron datos del Instituto Nacional de Estadística, del Instituto Canario de Estadística y de la Organización Mundial de la Salud, durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 2022.

Se utilizaron como palabras clave en español: suicidio, riesgo de suicidio, factores de riesgo, factores protectores, valoración del riesgo suicida, prevención del suicidio, protocolo intento suicidio. Mientras que las palabras clave en inglés fueron: suicide, suicide risk, risk factors suicide, suicide risk assessment, suicide prevention, suicide attempt protocol.

Se utilizaron estas palabras claves de manera combinada y se separaron por los operadores booleanos “Y”, “O”, “AND”, “OR” para obtener un rango específico de búsqueda mejor.

De esta manera, se pudieron establecer los criterios de inclusión y exclusión en los artículos obtenidos. Siendo:

Criterios de inclusión:

- Publicaciones con relación a los objetivos planteados.
- Artículos escritos en inglés, español y portugués.
- Artículos con acceso gratuito a texto completo.

Criterios de exclusión:

- Artículos de pago para visualización completa.
- Publicaciones con bajo nivel de evidencia científica.

Una vez seleccionados los artículos, se analizaron mediante lectura crítica, anotando la información útil para este trabajo, citando mediante referencias bibliográficas.

Los datos obtenidos del INE, se organizaron en Excel, para posteriormente representarlas mediante tablas, gráficos en columnas o barras agrupadas en 2D y lineales para el evolutivo.

Además, se representaron datos totales de:

- Número de habitantes para los años y lugares seleccionados.
- Número de suicidios para los años y lugares seleccionados.
- Causas de mortalidad para los años y lugares seleccionados
- Tasa de suicidios, utilizando el número de suicidios por cada 100.000 habitantes.
- Porcentaje de suicidios según edad, años y lugar seleccionado.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. Causas de muerte externa en Canarias y España

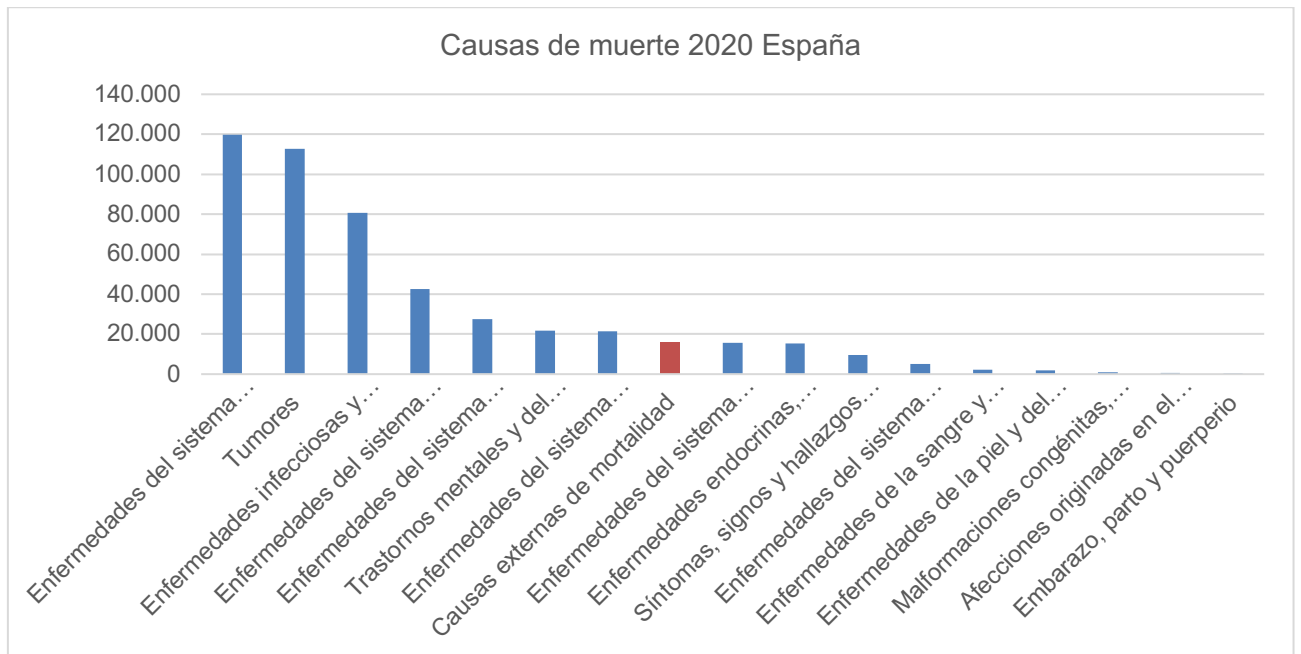
A través de datos del Instituto Nacional de Estadística para el año 2020, se representan las siguientes tablas y gráficas para las distintas causas de muerte en Canarias y España, así como las causas externas de mortalidad.

Causas muerte 2020 España	Defunciones
Enfermedades del sistema circulatorio	119.853
Tumores	112.741
Enfermedades infecciosas y parasitarias	80.796
Enfermedades del sistema respiratorio	42.423
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	27.508
Trastornos mentales y del comportamiento	21.697
Enfermedades del sistema digestivo	21.565
Causas externas de mortalidad	16.078
Enfermedades del sistema genitourinario	15.810
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	15.290
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	9.475
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5.225
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	2.062
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1.902
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	823

Afecciones originadas en el periodo perinatal	518
Embarazo, parto y puerperio	10

Tabla 2. Causas de muerte en España 2020. Elaboración propia.

Se observa que, de todas las causas de muerte en España para el año 2020, las causas externas de mortalidad, donde se encuentra el suicidio, se sitúa en octavo lugar como causa más frecuente, con un total de 16.078 defunciones. Mientras que la primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio con 119.853 defunciones y la segunda los tumores con 112.741.



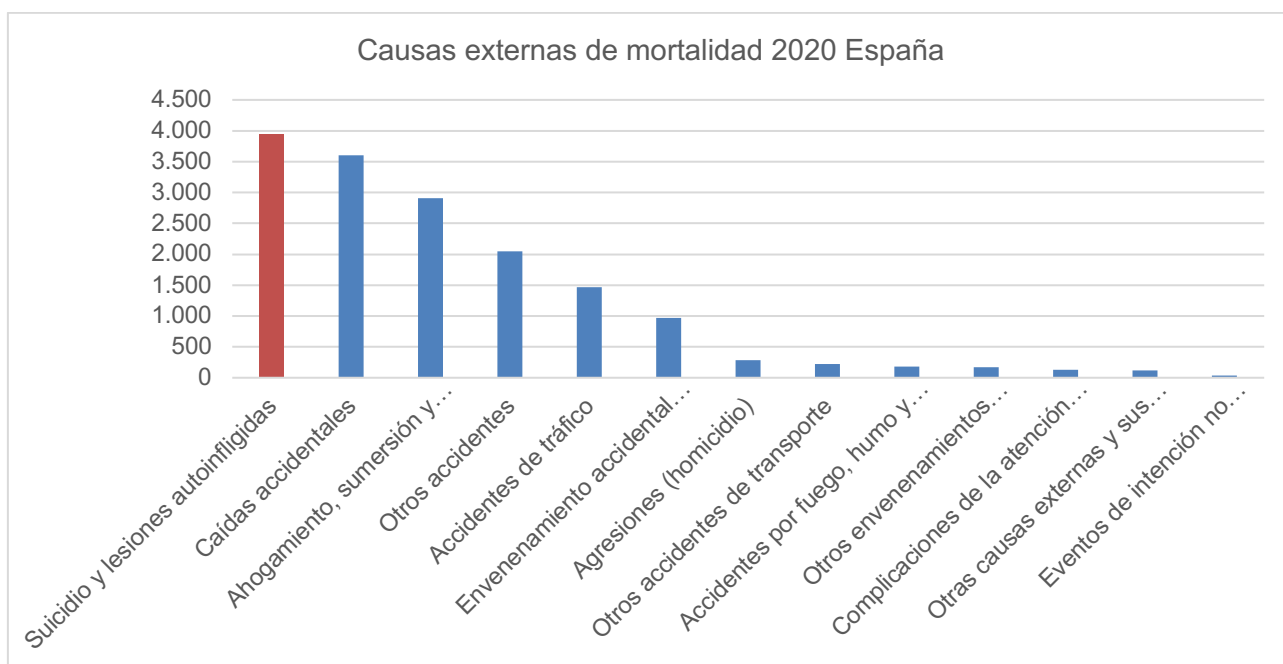
Gráfica 1. Causas de muerte en España 2020. Elaboración propia.

Causas externas de mortalidad 2020 España	Defunciones
Suicidio y lesiones autoinfligidas	3.941
Caídas accidentales	3.605
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	2.913
Otros accidentes	2.044

Accidentes de tráfico	1.463
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	974
Agresiones (homicidio)	289
Otros accidentes de transporte	223
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	179
Otros envenenamientos accidentales	170
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	128
Otras causas externas y sus efectos tardíos	115
Eventos de intención no determinada	34

Tabla 3. Causas externas de mortalidad en España 2020. Elaboración propia.

Al representar todas las causas externas de mortalidad para el año 2020 en España, se observa que la primera causa es el suicidio, con 3.941 defunciones, seguido de caídas accidentales con 3.605. Los accidentes de tráfico ocupan el quinto lugar, con 1.463 defunciones para este año.



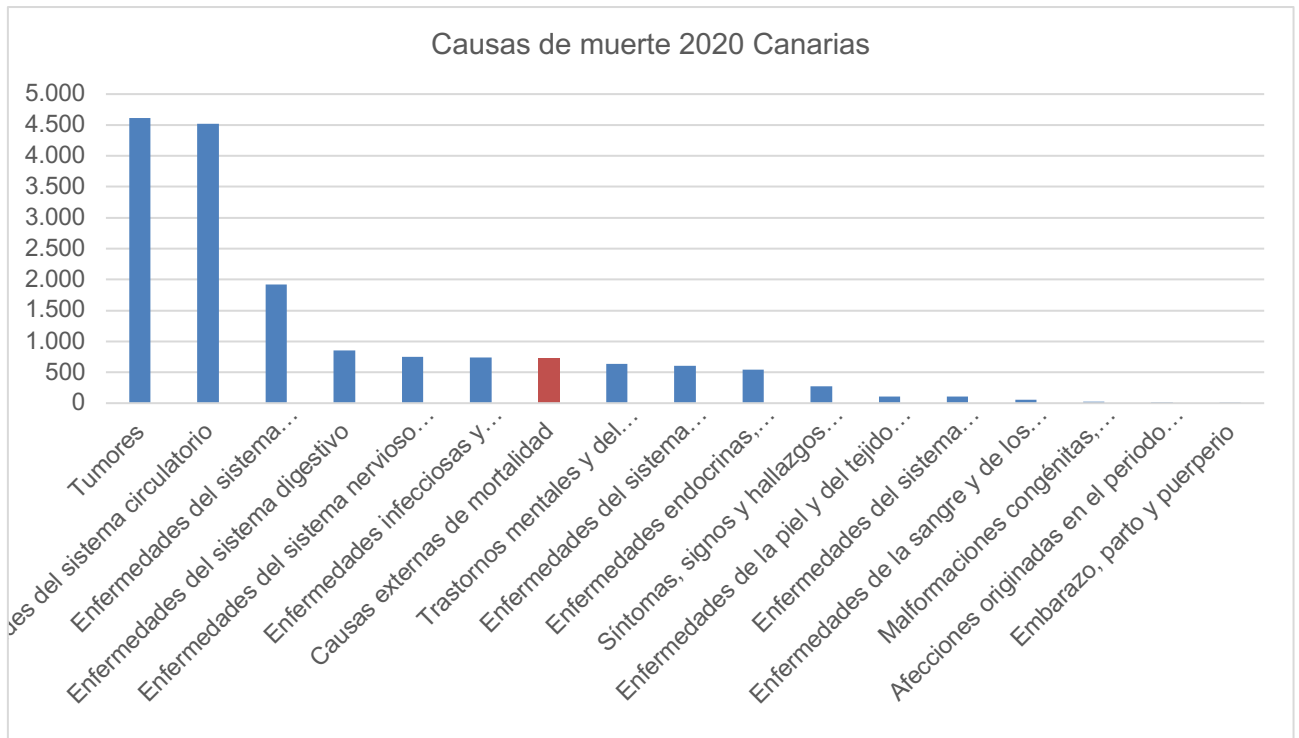
Gráfica 2. Causas externas de mortalidad en España 2020. Elaboración propia.

En el caso de Canarias, se obtienen los siguientes resultados:

Causas de muerte 2020 Canarias	Defunciones
Tumores	4.615
Enfermedades del sistema circulatorio	4.517
Enfermedades del sistema respiratorio	1.925
Enfermedades del sistema digestivo	852
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	754
Enfermedades infecciosas y parasitarias	734
Causas externas de mortalidad	723
Trastornos mentales y del comportamiento	640
Enfermedades del sistema genitourinario	602
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	541
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	275
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	107
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	105
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	55
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	28
Afecciones originadas en el periodo perinatal	12
Embarazo, parto y puerperio	1

Tabla 4. Causas de muerte en Canarias 2020. Elaboración propia.

A diferencia que la media nacional, donde se encontraba las causas externas de mortalidad en octavo lugar, para el caso de Canarias en el año 2020, se sitúa en el séptimo puesto de causa más frecuente, con un total de 723 defunciones. Ocupando el primer puesto los tumores, con 4.615 y las enfermedades del sistema circulatorio en segundo, con 4.517.



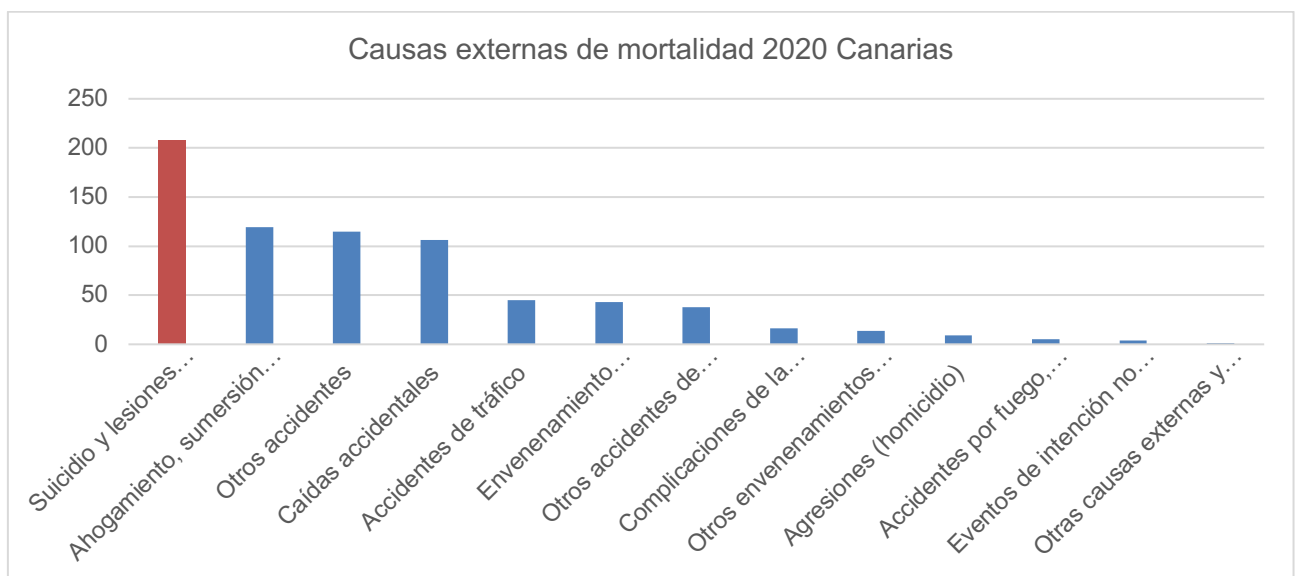
Gráfica 3. Causas de muerte en Canarias 2020. Elaboración propia.

Causas externas mortalidad 2020 Canarias	Defunciones
Suicidio y lesiones autoinfligidas	208
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	119
Otros accidentes	115
Caídas accidentales	106
Accidentes de tráfico	45

Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	43
Otros accidentes de transporte	38
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	16
Otros envenenamientos accidentales	14
Agresiones (homicidio)	9
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	5
Eventos de intención no determinada	4
Otras causas externas y sus efectos tardíos	1

Tabla 5. Causas externas de mortalidad en Canarias 2020. Elaboración propia.

Dentro de las causas externas de mortalidad en 2020 para Canarias, se sitúa en primer lugar el suicidio y las lesiones autoinfligidas, con un resultado de 208 defunciones. Seguido del ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales con 119. Los accidentes de tráfico vuelven a ocupar el quinto lugar, con 45 defunciones, haciendo que la causa de suicidio cuadruple a los accidentes de tráfico.



Gráfica 4. Causas externas de mortalidad en Canarias 2020. Elaboración propia.

6.2. Mortalidad por suicidio en España y Comunidad Autónoma de Canarias en 2019 y 2020

Utilizando los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), se representaron tablas con la población total, número de suicidios y la tasa de suicidios que corresponde entre estas dos. Además, se utilizaron gráficas con estos datos, para una mejor comprensión de su evolución y comparativa.

Para representar la tasa de suicidios, tendremos en cuenta el número de defunciones por esta causa en una población total o de determinado sexo y/o edad por el total de esta población, expresada por 100.000 habitantes.

Al comparar los últimos datos de suicidio (2019 y 2020), entre la media nacional y la Comunidad Autónoma de Canarias, observamos que para el año 2019, Canarias presenta una tasa de suicidio de 9,15 por 100.000 habitantes, lo que corresponde con 197 defunciones por esta causa, mientras que los datos de España fueron de 7,81. Para 2020, la Comunidad Autónoma de Canarias se encuentra de nuevo por encima de la media nacional, con una tasa de suicidios de 9,56, lo que equivaldría a 208 suicidios al año, frente a una tasa de 8,31 suicidios por 100.000 habitantes para el conjunto de la población española. Hay que nombrar que los datos de número de habitantes para España están expresados incluyendo también al número de extranjeros presentes.

2019	Nº habitantes	Nº suicidios	Tasa suicidios
España	47.026.208	3.671	7,81
Canarias	2.153.389	197	9,15

Tabla 6. Suicidios de España y Canarias para 2019. Elaboración propia.

2020	Nº habitantes	Nº suicidios	Tasa suicidios
España	47.431.256	3.941	8,31
Canarias	2.175.952	208	9,56

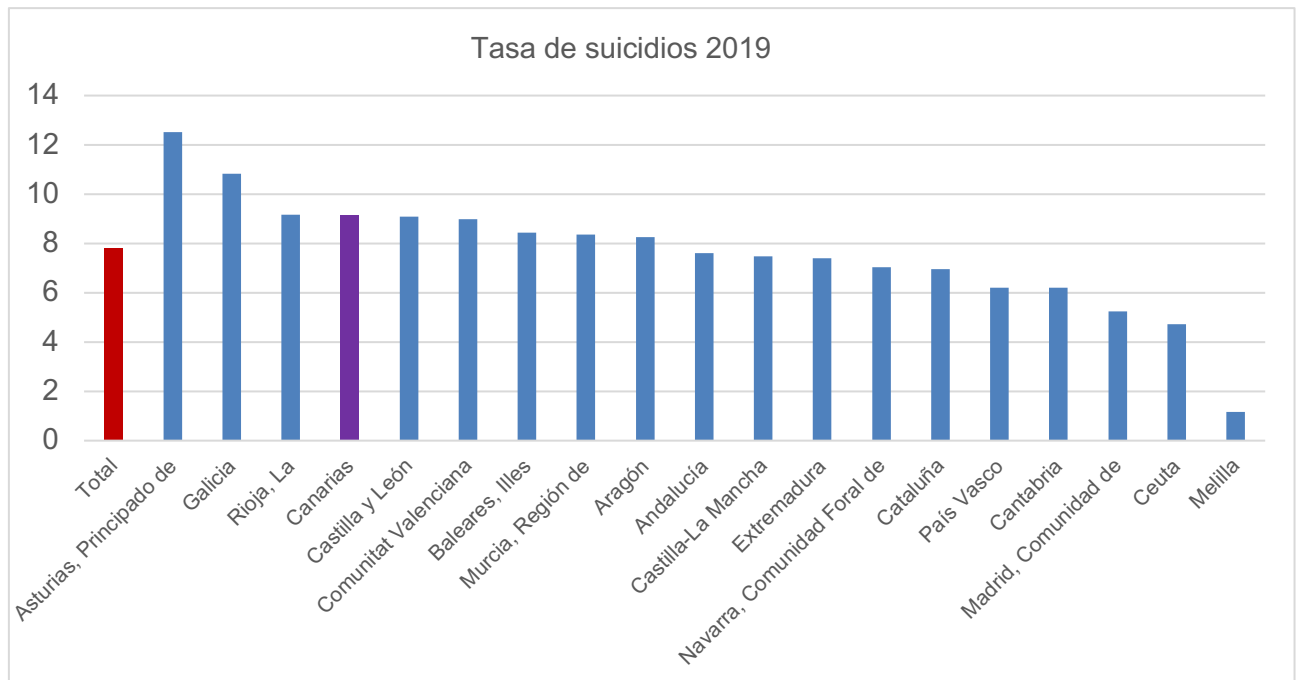
Tabla 7. Suicidios de España y Canarias para 2020. Elaboración propia.

Además, si comparamos con el resto de Comunidades Autónomas, con los últimos datos facilitados por el INE en 2019 y 2020, vemos que Canarias se sitúa en cuarto lugar en número de suicidios por 100.000 habitantes. Con unas tasas de 9,15 y 9,56 respectivamente. Superado solo por Asturias, Galicia y La Rioja en 2019 y por Asturias, Galicia y Castilla y León en 2020. Presentando unas tasas de suicidio en 2019 de 12,51 para Asturias, de 10,82 para Galicia y de 9,15 para La Rioja. Y unas tasas de suicidio en 2020 de 12,27 para Asturias, 11,29 para Galicia y 9,90 para Castilla y León.

Comunidades Autónomas 2019	Nº habitantes	Nº suicidios	Tasa de suicidios
Total	47.026.208	3.671	7,81
Asturias, Principado de	1.022.800	128	12,51
Galicia	2.699.499	292	10,82
Rioja, La	316.798	29	9,15
Canarias	2.153.389	197	9,15
Castilla y León	2.399.548	218	9,09
Comunitat Valenciana	5.003.769	450	8,99
Baleares, Illes	1.149.460	97	8,44
Murcia, Región de	1.493.898	125	8,37
Aragón	1.319.291	109	8,26
Andalucía	8.414.240	640	7,61
Castilla-La Mancha	2.032.863	152	7,48
Extremadura	1.067.710	79	7,40
Navarra, Comunidad Foral de	654.214	46	7,03
Cataluña	7.675.217	535	6,97
País Vasco	2.207.776	137	6,21
Cantabria	581.078	36	6,20
Madrid, Comunidad de	6.663.394	350	5,25
Ceuta	84.777	4	4,72

Melilla	86.487	1	1,16
Extranjero		46	

Tabla 8. Suicidios entre Comunidades Autónomas para 2019. Elaboración propia.

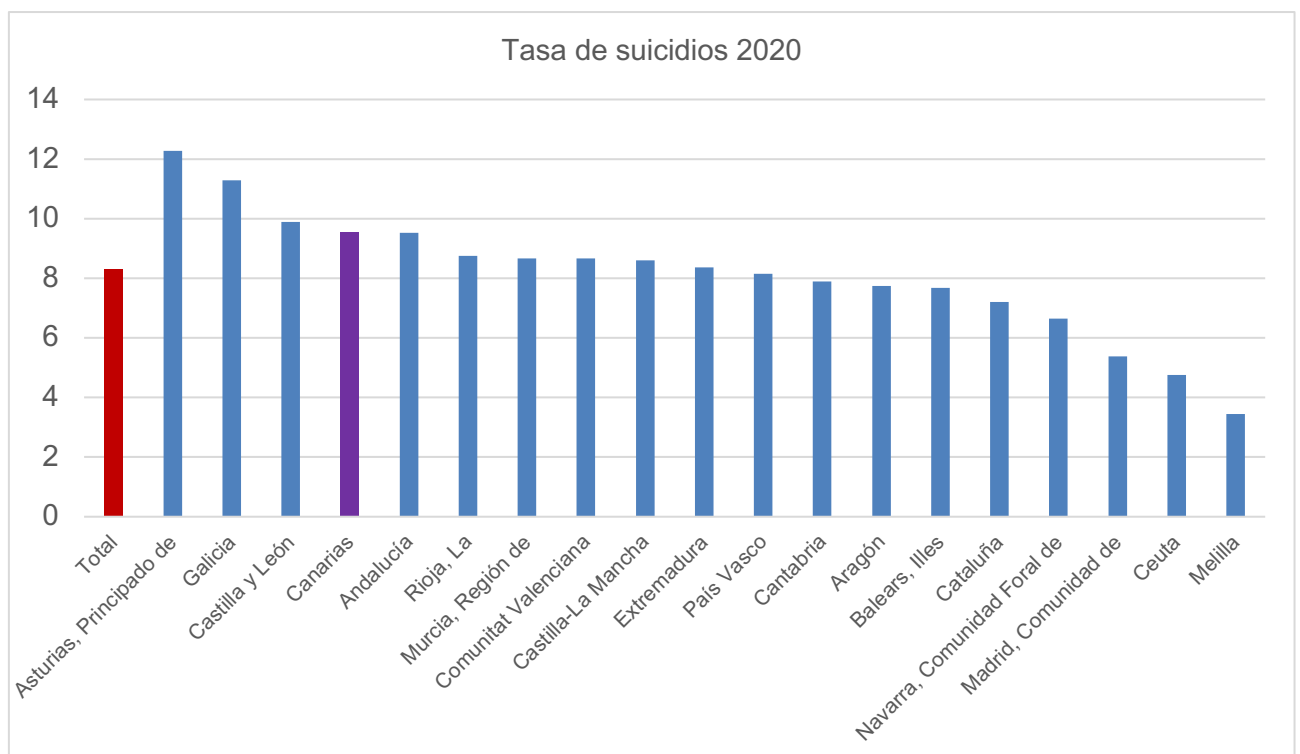


Gráfica 5. Suicidios entre Comunidades Autónomas para 2019. Elaboración propia.

Comunidades Autónomas 2020	Nº habitantes	Nº suicidios	Tasa de suicidios
Total	47.450.795	3941	8,31
Asturias, Principado de	1.018.784	125	12,27
Galicia	2.701.819	305	11,29
Castilla y León	2.394.918	237	9,90
Canarias	2.175.952	208	9,56
Andalucía	8.464.411	807	9,53
Rioja, La	319.914	28	8,75
Murcia, Región de	1.511.251	131	8,67
Comunitat Valenciana	5.057.353	438	8,66

Castilla-La Mancha	2.045.221	176	8,61
Extremadura	1.063.987	89	8,36
País Vasco	2.220.504	181	8,15
Cantabria	582.905	46	7,89
Aragón	1.329.391	103	7,75
Balears, Illes	1.171.543	90	7,68
Cataluña	7.780.479	561	7,21
Navarra, Comunidad Foral de	661.197	44	6,65
Madrid, Comunidad de	6.779.888	365	5,38
Ceuta	84.202	4	4,75
Melilla	87.076	3	3,45
Extranjero		46	

Tabla 9. Suicidios entre Comunidades Autónomas para 2020. Elaboración propia.



Gráfica 6. Suicidios entre Comunidades Autónomas para 2020. Elaboración propia.

Al comparar los datos de suicidio de 2019 entre la media nacional y Canarias por edades, se observa un incremento en el porcentaje de suicidio en el rango de 15 a 64 años, teniendo su valor máximo en Canarias entre los 40 y 44 años, con un total de 28 suicidios. Sin embargo, para los datos obtenidos para toda España, se registran unos valores máximos en los rangos de 30-39 y 50-54 años.

Nº suicidios 2019	España	Canarias
< 15 años	7	0
15-29 años	309	20
30-39 años	413	14
40-44 años	342	28
45-49 años	389	18
50-54 años	411	21
55-59 años	350	26
60-64 años	293	24
65-69 años	231	9
70-74 años	240	9
75-79 años	228	11
80-84 años	214	7
85-89 años	148	7
90-94 años	81	2
> 95 años	15	1

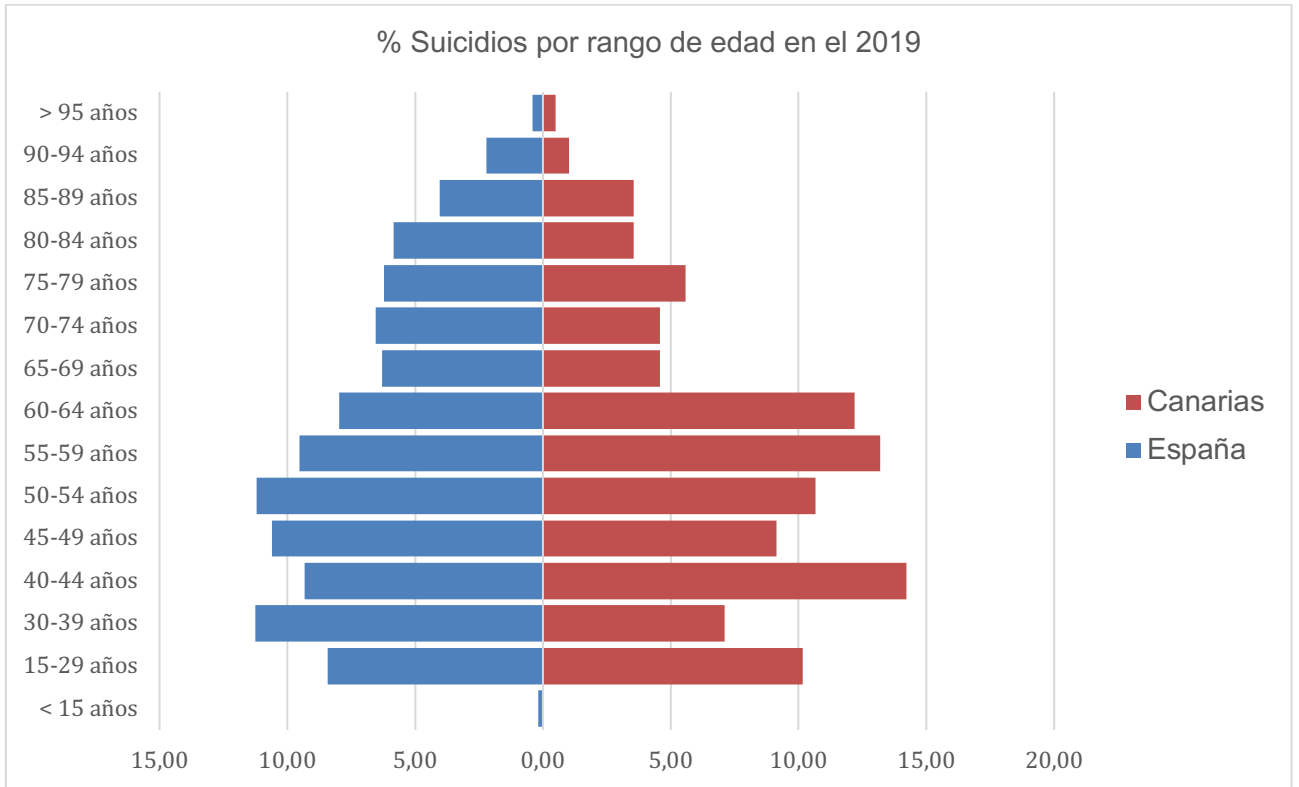
Tabla 10. Suicidios por edades entre España y Canarias en 2019

2019	Nº habitantes
España	47.026.208
Canarias	2.153.389

Tabla 11. Población total en España y Canarias en 2019

% Nº suicidios 2019	España	Canarias
< 15 años	0,19	0
15-29 años	8,42	10,15
30-39 años	11,25	7,11
40-44 años	9,32	14,21
45-49 años	10,60	9,14
50-54 años	11,20	10,66
55-59 años	9,53	13,20
60-64 años	7,98	12,18
65-69 años	6,29	4,57
70-74 años	6,54	4,57
75-79 años	6,21	5,58
80-84 años	5,83	3,55
85-89 años	4,03	3,55
90-94 años	2,21	1,02
> 95 años	0,41	0,51

Tabla 12. Porcentaje de suicidios por edades entre España y Canarias en 2019



Gráfica 7. Porcentaje de suicidios por edades entre España y Canarias en 2019. Elaboración propia.

Para los datos de los diferentes rangos de edad en 2020, se registraron mayor porcentaje de suicidio entre los 15 y los 59 años, tanto para el conjunto del país, como para la Comunidad Autónoma de Canarias. Registrando unos datos para esta última de 30 suicidios, entre los 30 y 39 años, teniendo así su valor máximo para el 2020 en Canarias.

Nº suicidios 2020	España	Canarias
< 15 años	14	1
15-29 años	300	13
30-39 años	411	30
40-44 años	358	23
45-49 años	396	19
50-54 años	440	23
55-59 años	414	33
60-64 años	327	13

65-69 años	245	11
70-74 años	264	17
75-79 años	224	9
80-84 años	240	9
85-89 años	185	6
90-94 años	98	0
> 95 años	25	1

Tabla 13. Suicidios por edades entre España y Canarias en 2020

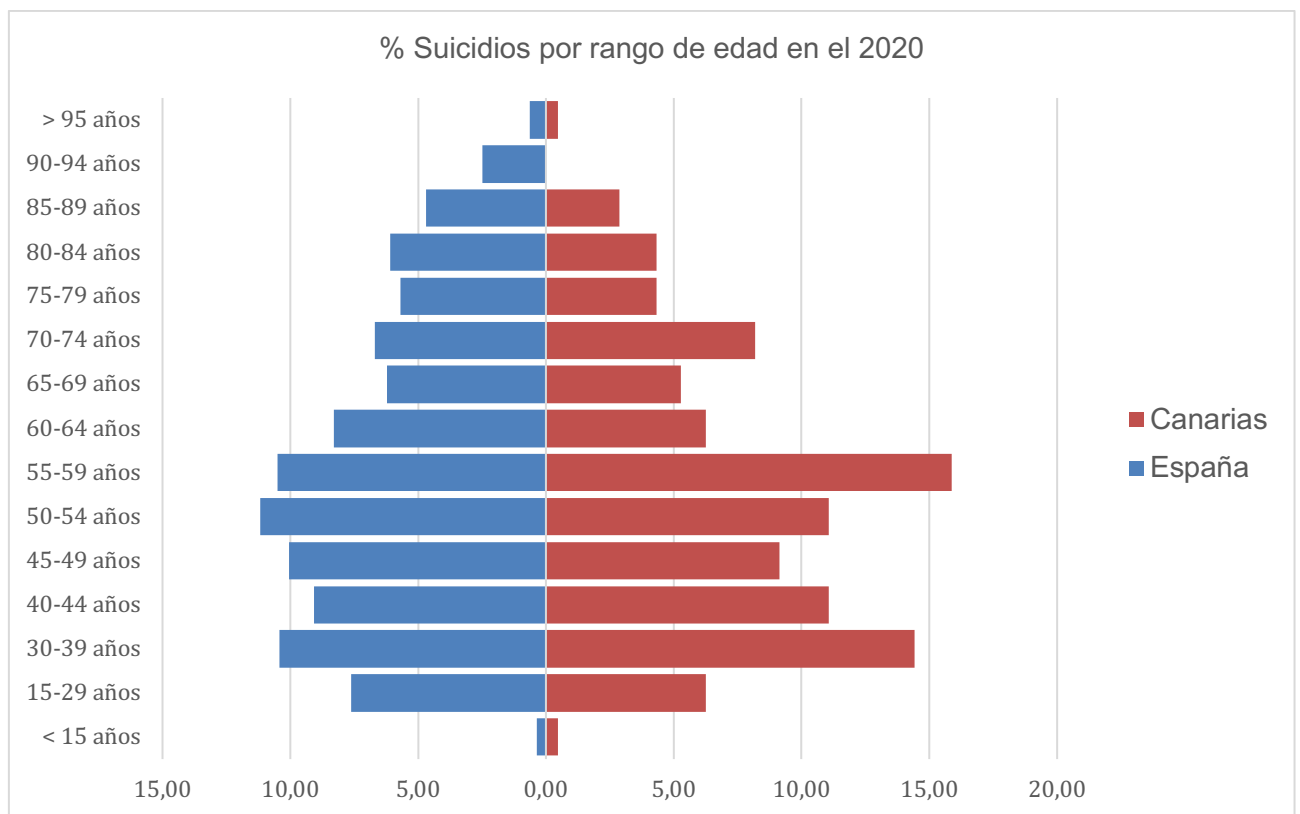
2020	Nº habitantes
España	47.431.256
Canarias	2.175.952

Tabla 14. Población total en España y Canarias en 2020

% Nº suicidios 2020	España	Canarias
< 15 años	0,36	0,48
15-29 años	7,61	6,25
30-39 años	10,43	14,42
40-44 años	9,08	11,06
45-49 años	10,05	9,13
50-54 años	11,16	11,06
55-59 años	10,50	15,87
60-64 años	8,30	6,25
65-69 años	6,22	5,29

70-74 años	6,70	8,17
75-79 años	5,68	4,33
80-84 años	6,09	4,33
85-89 años	4,69	2,88
90-94 años	2,49	0,00
> 95 años	0,63	0,48

Tabla 15. Tasa de suicidios por edades entre España y Canarias en 2020



Gráfica 8. Suicidios por edades entre España y Canarias en 2020. Elaboración propia.

Para calcular la evolución de suicidios en España desde 2010 a 2020, se tuvieron en cuenta los datos de población residente, ofrecidos por el INE, así como los datos del número total de suicidios anuales. De esta forma, obtenemos una tasa de suicidios en Canarias frente a los registrados en el conjunto del país, desde 2010 a 2020. Durante este periodo, Canarias presentó una tasa mayor a la de España. Solamente en el 2011 se

obtuvo una tasa ligeramente inferior, con un valor para Canarias de 6,68 y en España de 6,81.

Nº suicidios	España	Canarias
2010	3.158	156
2011	3.180	142
2012	3.539	189
2013	3.870	185
2014	3.910	178
2015	3.602	190
2016	3.569	183
2017	3.679	200
2018	3.539	193
2019	3.671	197
2020	3.941	208

Tabla 16. Suicidios en España y Canarias desde 2010 a 2020. Elaboración propia.

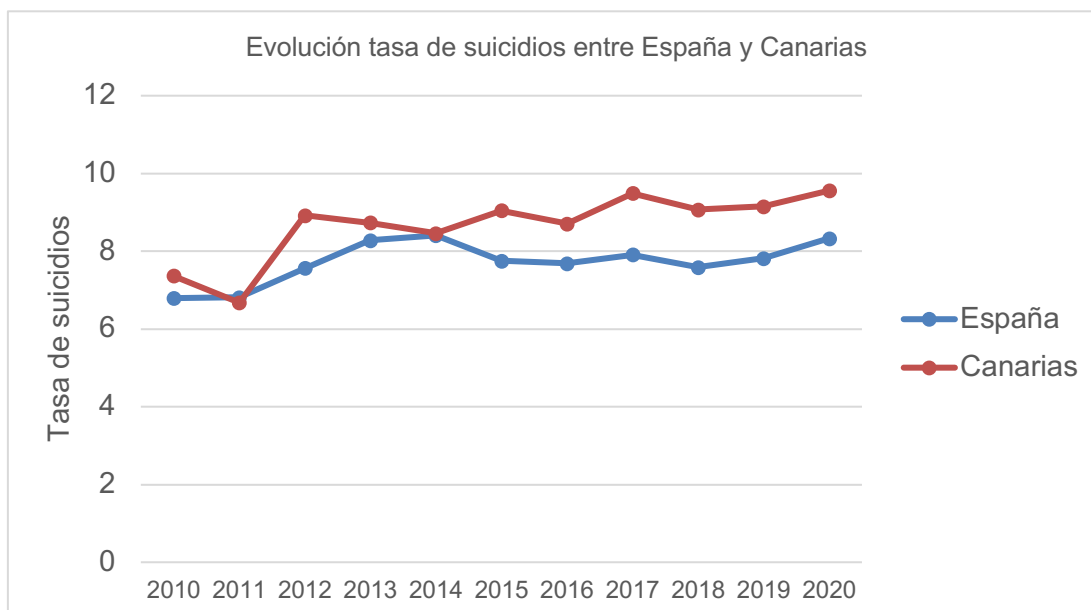
Nº habitantes	España	Canarias
2010	46.486.619	2.118.519
2011	46.667.174	2.126.769
2012	46.818.219	2.118.344
2013	46.727.890	2.118.679
2014	46.512.199	2.104.815
2015	46.449.565	2.100.306
2016	46.440.099	2.101.924
2017	46.528.966	2.108.121
2018	46.658.447	2.127.685

2019	46.937.060	2.153.389
2020	47.332.614	2.175.952

Tabla 17. Habitantes en España y Canarias desde 2010 a 2020. Elaboración propia.

Tasa suicidios	España	Canarias
2010	6,79	7,36
2011	6,81	6,68
2012	7,56	8,92
2013	8,28	8,73
2014	8,41	8,46
2015	7,75	9,05
2016	7,69	8,71
2017	7,91	9,49
2018	7,58	9,07
2019	7,82	9,15
2020	8,33	9,56

Tabla 18. Tasa de suicidios en España y Canarias desde 2010 a 2020. Elaboración propia. Elaboración propia.



Gráfica 9. Evolución de la tasa de suicidios en España y Canarias desde 2010 a 2020. Elaboración propia

6.3. Esquema de protocolo de actuación en pacientes con riesgo suicida en el Servicio de Urgencias hospitalarias

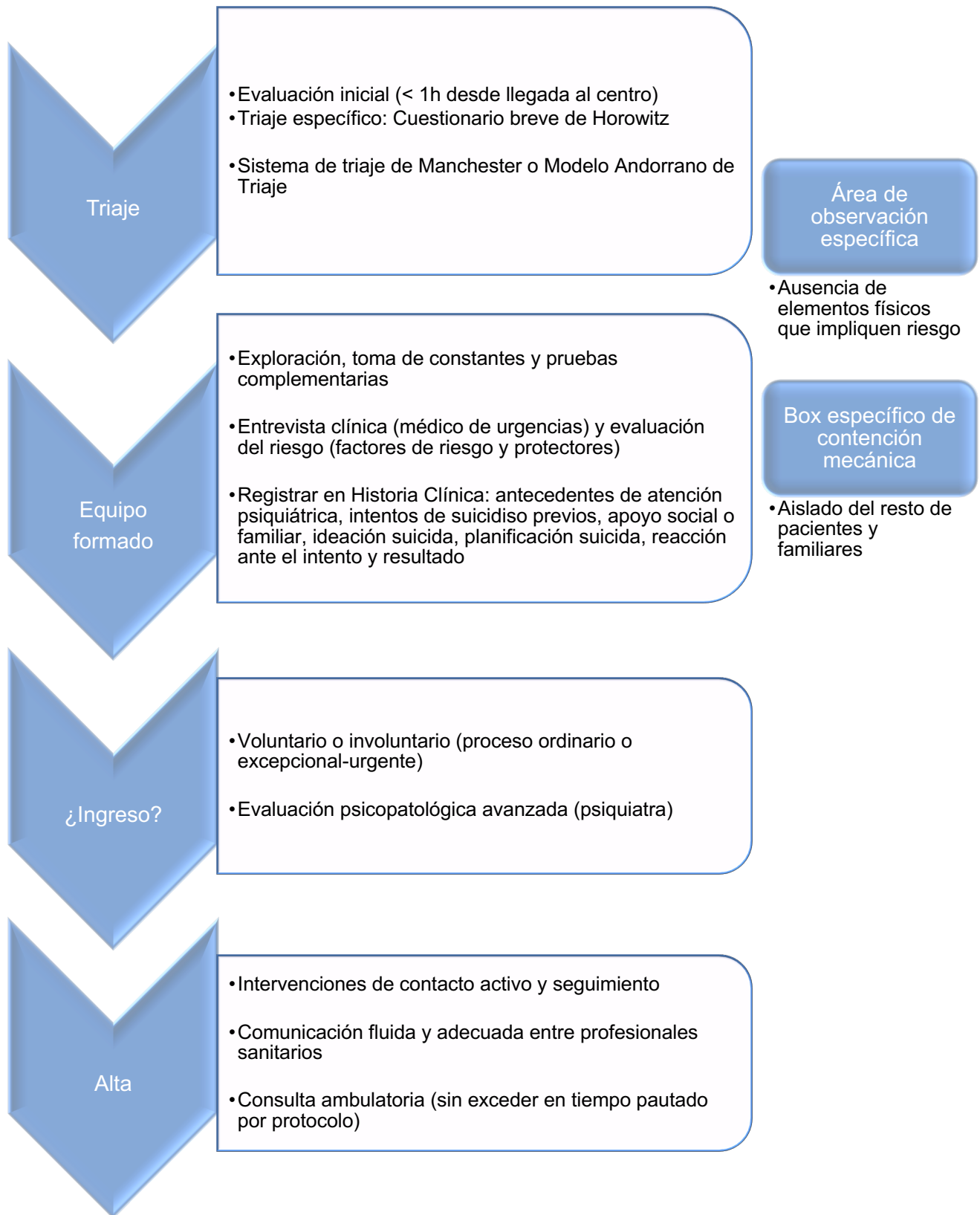
Una vez llega el paciente con riesgo suicida al servicio de urgencias, no ha de pasar más de una hora para hacerle una evaluación inicial en el área de Triage. En este momento se procederá a realizar el cuestionario breve de Horowitz o en su defecto algún cuestionario o escala validada de valoración del riesgo suicida. Según el riesgo observado, se identificará por colores según el sistema de triaje empleado en el servicio de urgencias.

Dentro del servicio de urgencias, deberá existir un área de observación específica para estos pacientes, donde no exista elementos físicos que impliquen riesgo, además de un box para contención mecánica aislado del resto de pacientes y familiares.

Posteriormente, pasará por un equipo formado en esta área, realizando la exploración física, toma de constantes y realización de pruebas complementarias en el caso de que sean necesarias. El médico de urgencias le realizará la entrevista clínica y desarrollará una evaluación mediante los factores de riesgo y factores protectores. Al ser muy importante la historia clínica, se registrará en esta los posibles antecedentes psiquiátricos, la existencia o no de intentos autolíticos previos, la red social o familiar, presencia de ideación suicida, planificación, reacción y el resultado obtenido del intento.

Una vez llegado a este punto y dependiendo de la gravedad, podría ser necesaria la hospitalización. En este caso puede ser voluntario o involuntario, por lo que seguiríamos un proceso ordinario, pidiendo previamente una orden o de manera excepcional-urgente, realizando el ingreso antes y gestionando posteriormente la orden. Es en este momento en el que el psiquiatra interviene para la realización de una evaluación psicopatológica avanzada.

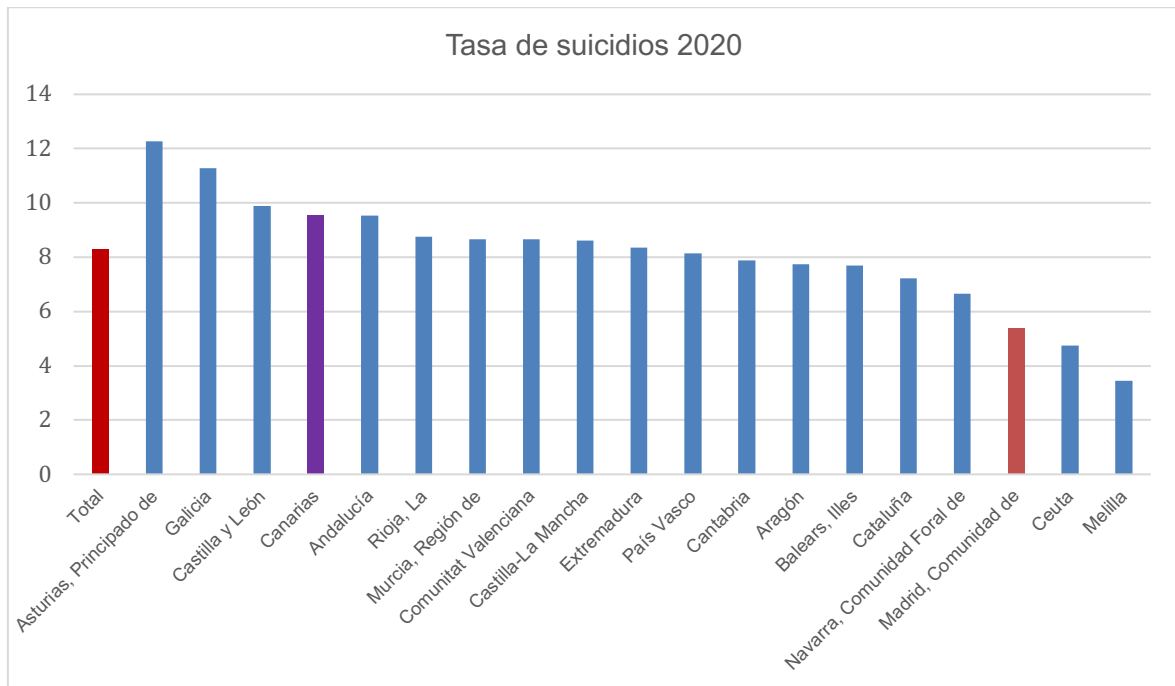
Finalmente, tras dar el alta al paciente, se realizarán intervenciones de contacto activo y seguimiento, en el que se tendrán comunicaciones fluidas y adecuadas con el resto de profesionales sanitarios. Presentando consulta ambulatoria con la mayor brevedad y sin exceder el tiempo pautado por protocolo.



Esquema 2. Protocolo de actuación en pacientes con riesgo suicida en servicio de urgencias hospitalarias. Elaboración propia.

6.4. Comparativa de protocolo de actuación en conducta suicida de Madrid y Canarias

Madrid es una Comunidad Autónoma que con 6.779.888 habitantes tiene en 2020 la tasa de suicidio más baja del país, solo seguida por las Ciudades con Estatuto de Autonomía, Ceuta y Melilla. Esta tasa es de 5,38 suicidios por cada 100.000 habitantes, lo que equivaldría a 365 defunciones por esta causa.



Sin embargo, Canarias superó esta tasa de suicidios en 2020 en más de 4 puntos (9,56), existiendo una diferencia notable entre estas Comunidades.

A continuación, se exponen las principales diferencias al comparar ambos protocolos de suicidio.

Actualmente en Madrid se realiza el Código 100⁽⁵³⁾ en los servicios de emergencia para intentos autolíticos. La principal diferencia con este código es la detección precoz por medio del SAMUR-Protección Civil en un medio extrahospitalario, con el fin de derivar al programa de prevención de la conducta suicida de la *Fundación Jiménez Díaz* (dando seguimiento a Salud Mental a medio plazo a mayores de 18 años), así como facilitar la comunicación con los servicios de urgencias hospitalarias, dando información del paciente antes de que llegue al centro, preparando a los profesionales sanitarios.

Los datos del preaviso serán los siguientes:

- Nombre y edad.

- Estado actual: intoxicación o no, alteración del nivel de conciencia.
- Circunstancias básicas de la atención.
- Antecedentes previos.
- Resultado de la realización de la escala de detección de riesgo suicida de SAMUR-Protección Civil (Ver anexo).
- Carácter legal del traslado: voluntario o involuntario.
- Tiempo estimado de llegada al hospital.

A su llegada al servicio de urgencias hospitalarias, se le realizará un protocolo similar al sugerido por la Comunidad Autónoma de Canarias, donde el paciente pasará por una zona de triaje, en el que se realizará un despistaje de patología orgánica o intoxicación por sustancias, pudiendo derivar a Medicina Interna. Al igual que en Canarias, pasaría por un equipo formado en este campo, para poder realizar una primera valoración del riesgo suicida. En este punto se utilizarían escalas válidas de valoración, como son la SAD PERSONS, la Escala de ideación o intencionalidad suicida de Beck o la Escala Columbia (entre otras).

Dependiendo de la gravedad del paciente, se valorará su ingreso hospitalario o seguimiento ambulatorio, ofreciendo de nuevo su inclusión en el Programa de prevención de la conducta suicida de la *Fundación Jiménez Díaz* (Código 100). En el caso de aceptación, tendrá su primera consulta en el Centro de Salud Mental de Moncloa en un plazo inferior a 72 horas.

Una vez se le da el alta al paciente, se indicará en el informe la necesidad de valoración por su servicio de psiquiatría de referencia habitual con la mayor celeridad posible.

Además, el SAMUR-Protección Civil tendrá información de la evolución del paciente a las 72 horas, al mes y al año en el caso de que se incluyan en el Programa de prevención del Código 100, generando de esta forma un sistema de retroalimentación entre las diferentes partes involucradas.

Independientemente de su inclusión o no en el Programa de prevención de la conducta suicida, se les contactará vía telefónica a las 72 horas, al mes, a los 6 meses y al año del intento de suicidio, con el fin de mantener un seguimiento con el paciente.

7. CONCLUSIONES

En este Trabajo de Fin de Grado se ha tratado de poner de manifiesto, a través del análisis de los datos estadísticos existentes y de los programas de prevención vigentes en la actualidad, la situación actual de mortalidad por suicidio, tanto en nuestro país como en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Si analizamos los resultados, podemos concluir que el suicidio es la primera causa externa de mortalidad en España y en la Comunidad Autónoma de Canarias. Las causas externas de mortalidad en 2020, año del que se registran los últimos datos, se sitúan en séptimo lugar en la Comunidad Autónoma de Canarias y octavas a nivel nacional, por detrás de otras causas como enfermedades del sistema circulatorio, tumores, enfermedades infecciosas y parasitarias, del sistema respiratorio, nervioso o de los órganos de los sentidos, o del sistema digestivo.

Si nos detenemos a comparar la tasa de suicidios registrada en 2019 y 2020 en las diferentes Comunidades Autónomas, observamos que Canarias es la cuarta Comunidad con mayor tasa de suicidios de toda España.

Comparando porcentaje de suicidios por rango de edad en Canarias, observamos diferencias en el año 2020 respecto a 2019. Mientras que en 2019 el rango de edad se sitúa mayoritariamente entre los 40 y los 64 años, en 2020 observamos un desplazamiento de la gráfica, registrándose mayor tasa de suicidios en edades más tempranas, con edades comprendidas entre los 30 y 59 años.

Si realizamos un análisis comparativo de la evolución de la tasa de suicidio en la década comprendida entre 2010 y 2020, observamos que tanto en España como en Canarias existe una tendencia creciente, con un aumento más notable en el caso de la Comunidad Autónoma.

Se ha considerado relevante analizar el impacto que ha podido tener la pandemia por Covid-19 en la tasa de suicidio nacional y autonómica. Los datos sugieren que las mayores tasas de suicidio registradas coinciden con el periodo de pandemia.

Entendiendo el suicidio como un fenómeno complejo y multicausal, es necesario que los profesionales que atienden a las personas con riesgo de conducta suicida en los servicios que son puerta de entrada al sistema sanitario, principalmente Urgencias y Atención primaria, cuenten con formación necesaria respecto a los factores de riesgo, valoración y abordaje de dicha conducta.

Actualmente, el Plan de Salud Mental de Canarias propone el Programa de Prevención de la conducta suicida en la Comunidad Autónoma de Canarias, en el cual se sientan las bases para la elaboración de un protocolo de actuación aplicable en los centros sanitarios.

En estos momentos, no existe un protocolo unificado de actuación en los diferentes servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Canarias, lo que podría estar generando confusión y mala praxis a la hora de atender a pacientes con esta problemática en los servicios de urgencias.

Analizando las diferencias entre protocolos de prevención de conducta suicida entre Canarias y Madrid (Comunidad Autónoma con menor tasa de suicidios en el año 2020), sería interesante incluir líneas futuras de investigación que estudiaran la posible relación entre la recogida de información previa al ingreso (mediante SAMUR-Protección Civil), el ofrecimiento de inclusión al paciente en un programa de prevención de la conducta suicida (Código 100 de la Comunidad de Madrid) con la menor tasa de suicidios consumados.

Atendiendo a la realidad expuesta anteriormente, se concluye que, dada la elevada cifra de muertes por suicidio registradas, resulta de vital importancia centrarnos en desarrollar un modelo óptimo, que garantice, por un lado, la prevención de la conducta suicida mediante un conocimiento exhaustivo de los factores de riesgo. Así como una adecuada intervención, basada en la aplicación de las medidas propuestas por el Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias (Servicio Canario de salud, 2021) y que permita establecer un único protocolo de actuación, con objeto de brindar a los pacientes con riesgo suicida una atención satisfactoria, integral y basada en la evidencia.

En este contexto, resulta necesario remarcar la necesidad de formación especializada de los profesionales de enfermería en este campo, pues jugamos un papel de vital importancia en el proceso de atención a pacientes con riesgo de conducta suicida. Teniendo en cuenta que nuestra labor puede y debe contribuir positivamente a la calidad asistencial, saber actuar de la manera adecuada, en el momento preciso ante un paciente que ha pensado o intentado poner fin a su vida, puede suponer una diferencia que marcará su futuro para siempre.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. García De Jalón E, Peralta. Correspondencia V. Suicidio y riesgo de suicidio Suicide and risk of suicide. *Anales Sis San Navarra* 2002;25.
2. Cárdenas R. La mortalidad por suicidio en las poblaciones masculinas joven, adulta y adulta mayor en ocho países de Latinoamérica y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Población* 2021 Feb 17;15(29):5-33.
3. Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates. World Health Organization.
4. Datos Instituto Nacional de Estadística.
5. Wu Y, Schwebel DC, Huang Y, Ning P, Cheng P, Hu G. Sex-specific and age-specific suicide mortality by method in 58 countries between 2000 and 2015. *Injury prevention* 2021 Feb;27(1):61-70.
6. Varnik A, Kolves K, Van Der Feltz-Cornelis, C M, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology & Community Health* 2008 -06-01;62(6):545.
7. Santurtún M, Santurtún A, Agudo G, Zarrabeitia MT. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. *Cuad Med Forense* 2016; 22 (3-4): 73-80.
8. Bobes J, Giner J, Saiz J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. 2011.
9. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* 2005 Feb 15;133C(1):13-24.
10. Shah A. Are Elderly Dependency Ratios Associated With General Population Suicide Rates? *International journal of social psychiatry* 2011 May;57(3):277-283.
11. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. *Soc Psychiat Epidemiol* 2007 Oct 12;43(1):28-36.
12. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, et al. Risk Factors for Late-Life Suicide: A Prospective, Community-Based Study. *The American journal of geriatric psychiatry* 2002 Jul;10(4):398-406.
13. Duberstein PR, Conwell Y, Cox C. Suicide in Widowed Persons. *The American journal of geriatric psychiatry* 1998;6(4):328-334.
14. AGERBO E, GUNNELL D, BONDE JP, BO MORTENSEN P, NORDENTOFT M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological medicine* 2007 Apr 20;37(8):1131-1140.

15. Breuer C. Unemployment and Suicide Mortality: Evidence from Regional Panel Data in Europe. *Health economics* 2015 Aug;24(8):936-950.
16. Córdoba-Doña JA, San Sebastián M, Escolar-Pujolar A, Martínez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *International journal for equity in health* 2014 Jul 25;13(1):55.
17. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of suicide research* 2016 Jan 02;20(1):1-21.
18. Green J, Berry K, Danquah A, Pratt D. The role of psychological and social factors in the relationship between attachment and suicide: A systematic review. *Clinical psychology and psychotherapy* 2020 Jul;27(4):463-488.
19. Wong PWC, Chan WSC, Chen EYH, Chan SSM, Law YW, Yip PSF. Suicide among adults aged 30-49: a psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health* 2008 May 01;8(1):147.
20. Giner J, Medina A, Giner L. Nuevos horizontes en la explicación del suicidio (encuentros en psiquiatría). 2018;8.
21. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australasian psychiatry: bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 2007;41(3):257-265.
22. Di Nicola M, Mazza M, Panaccione I, Moccia L, Giuseppin G, Marano G, et al. Sensitivity to Climate and Weather Changes in Euthymic Bipolar Subjects: Association With Suicide Attempts. *Front Psychiatry* 2020 -03-05;11.
23. Parks RM, Bennett JE, Tamura-Wicks H, Kontis V, Toumi R, Danaei G, et al. Anomalously warm temperatures are associated with increased injury deaths. *Nat Med* 2020 -01;26(1):65.
24. Isometsä ET. Psychological autopsy studies – a review. *Eur psychiatr* 2001 -11;16(7):379.
25. Hawton K. Completed suicide after attempted suicide. *BMJ* 2010;341(jul13 1):297.
26. Otten D, Tibubos AN, Schomerus G, Brähler E, Binder H, Kruse J, et al. Similarities and Differences of Mental Health in Women and Men: A Systematic Review of Findings in Three Large German Cohorts. *Front Public Health* 2021 -02;9.
27. Rosso G, Albert U, Bramante S, Aragno E, Quarato F, Di Salvo G, et al. Correlates of violent suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2020 Jan;96:152136.
28. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British journal of psychiatry* 2005 Jul;187(1):9-20.

29. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders* 2002;68(2-3):183.
30. Harris EC, Barraclough B. Data abstraction A meta-analysis Background Mental disorders have a strong association with suicide. *Thismeta. BJP* 1997, 170:205-228.
31. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi J-, Rouillon F. *Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature. Encéphale* 2008;34(5):452-458.
32. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2004 Dec;110(6):408-415.
33. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine* 2006 May;36(5):575-586.
34. Hartley CM, Pettit JW, Castellanos D. Reactive Aggression and Suicide-Related Behaviors in Children and Adolescents: A Review and Preliminary Meta-Analysis. *Suicide & life-threatening behavior* 2018 Feb;48(1):38-51.
35. Boaden K, Tomlinson A, Cortese S, Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Frontiers in psychiatry* 2020 Sep 02;11:717.
36. Antolín-Concha D, Lähteenvuo M, Vattulainen P, Tanskanen A, Taipale H, Vieta E, et al. Suicide mortality and use of psychotropic drugs in patients hospitalized due to bipolar disorder: A Finnish nationwide cohort study. *Journal of affective disorders* 2020 Dec 01;277:885-892.
37. Anzai T, Fukui K, Ito T, Ito Y, Takahashi K. Excess Mortality From Suicide During the Early COVID-19 Pandemic Period in Japan: A Time-Series Modeling Before the Pandemic. *Journal of Epidemiology* 2021;31(2):152.
38. Faust JS, Shah SB, Du C, Li S, Lin Z, Krumholz HM. Suicide Deaths During the COVID-19 Stay-at-Home Advisory in Massachusetts, March to May 2020. *JAMA Network Open* 2021 Jan 04;4(1):e2034273.
39. SEP FEPSM SEB. *Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental.* 2020.
40. Winkler P. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. 2020.
41. Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares M, De-Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N, et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología* 2013 Oct 01;29(3):810-815.

42. Siqueira Pereira A, Wilhelm AR, Koller SH, Martins De Almeida, Rosa Maria. FREE THEMES Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. 2016.
43. Moleón A, Moleón M. Suicidio. Una cuestión multidisciplinar. 2022.
44. Emergency nurses association. 2017. Clinical practice guideline: suicide risk assessment.
45. www.mscbs.gob.es>equidad>planificación
46. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. 2020. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.
47. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Live Life (Vivir la vida). Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 2021.
48. www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide
49. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. 2019.
50. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias. 2021.
51. Lynch MA. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. 2008.
52. Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. Int J Nurs Stud 2015;52(1):421-435.
53. www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/214d.htm

9. ANEXOS

Escala riesgo suicida MINI versión 5.0.0

1. ¿Desearías estar muerto?
2. ¿Quieres hacerte daño?
3. ¿Piensas en el suicidio?
4. ¿Tienes un plan suicida?
5. ¿Has intentado suicidarte?
6. ¿Alguna vez en tu vida has intentado suicidarte?

Las preguntas se responden como “sí” o “no”. “Sí” a 1, 2 o 6 indican un riesgo suicida bajo, “sí” a 3, moderado y “sí” a 4 o 5, elevado.

Escala de riesgo suicida de la OMS (proyecto SUPRE)

Nivel de riesgo	Síntomas	Evaluación/actuación
0	No existen	No precisa
1	Alteración emocional leve	Indagar si existen pensamientos suicidas
2	Ideas vagas de muerte	Profundizar sobre pensamientos suicidas. Valorar si es posible que intente suicidarse
3	Ideas vagas de suicidio	Valorar si es posible que intente suicidarse
4	Ideas suicidas sin trastorno psiquiátrico ni presencia de factores de riesgo	Valorar el intento suicida (plan y método)
5	Ideas suicidas con asociación de factores de riesgo y enfermedad mental	Confeccionar un plan de ayuda y remitir a Salud Mental
6	Ideas suicidas con trastorno psiquiátrico, situación estresante, agitación y antecedentes de intento suicida previo	Remitir a Salud Mental y valorar hospitalización

Escala de riesgo suicida SAD PERSONS
S: sexo masculino
A: edad (age) <20 o >45
D: depresión
P: tentativa previa suicida
E: abuso de alcohol (etanol)
R: falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)
S: carencia de soporte social
O: plan organizado de suicidio
N: no pareja o cónyuge
S: enfermedad somática

Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

0-2 puntos: sin riesgo.

3-4 puntos: riesgo bajo.

5-6 puntos: riesgo medio

7-10: riesgo alto.

Escala de ideación suicida de Beck
Características de la actitud hacia la vida/muerte
<p>1. Deseo de vivir</p> <p>0: moderado a intenso</p> <p>1: débil</p> <p>2: nulo</p> <p>2. Deseo de morir</p> <p>0: ninguno</p> <p>1: débil</p> <p>2: moderado a intenso</p> <p>3. Razones para morir/vivir</p> <p>0: las razones para vivir superan a las razones para morir</p> <p>1: las razones para morir son iguales a las razones para vivir</p>

<p>2: las razones para morir superan a las razones para vivir</p> <p>4. Deseo de realizar un acto suicida</p> <p>0: nulo</p> <p>1: débil</p> <p>2: moderado o intenso</p> <p>5. Intento pasivo de suicidio</p> <p>0: tomaría precauciones para salvar su vida</p> <p>1: dejaría su vida/muerte en manos del azar</p> <p>2: evitaría tomar medidas para salvar o mantener su vida</p>
<p>Características de los pensamientos o deseos suicidas</p>
<p>6. Duración</p> <p>0: breve</p> <p>1: moderada</p> <p>2: continua</p> <p>7. Frecuencia</p> <p>0: rara</p> <p>1: intermitente</p> <p>2: continua</p> <p>8. Actitud del paciente</p> <p>0: los rechaza</p> <p>1: le resultan ambivalentes</p> <p>2: los acepta</p> <p>9. Control por el presunto suicida</p> <p>0: considera que los controla</p> <p>1: no tiene seguridad de controlarlos</p> <p>2: cree que no los controla</p> <p>10. Presencia de factores disuasorios del acto de suicidarse</p> <p>0: no intentará suicidarse debido a la presencia de algún factor</p> <p>1: los factores tienen bastante influencia</p> <p>2: los factores no influyen</p> <p>Indicar los factores disuasorios: familia, religión, hijos...</p> <p>11. Razones para el suicidio</p> <p>0: manipular, llamar la atención, venganza</p> <p>1: combinación de varios</p> <p>2: escapar, acabar, resolver problemas</p>
<p>Características del intento suicida</p>
<p>12. Método: especificaciones/planes</p> <p>0: no los ha considerado</p>

<p>1: los ha considerado, pero no los ha concretado 2: claramente especificado</p> <p>13. Método: accesibilidad/oportunidad</p> <p>0: método no existente 1: método difícil de realizar 2: método accesible</p> <p>14. Capacidad para ejecutar el intento</p> <p>0: no es capaz 1: está inseguro de poder realizarlo 2: está seguro de poder ejecutarlo</p> <p>15. Expectativas/anticipación de un intento real</p> <p>0: no 1: incierto 2: sí</p>

Realización del intento

<p>16. Preparación</p> <p>0: no existe 1: parcialmente preparado 2: método accesible</p> <p>17. Notas suicidas</p> <p>0: no escribió ninguna nota 1: pensó escribirla, pero no la completó 2: nota completada y realizada</p> <p>18. Preparativos finales (seguros, testamento, disposiciones...)</p> <p>0: no los hizo 1: piensa arreglar algunos asuntos 2: tiene todo dispuesto</p> <p>19. Grado de encubrimiento</p> <p>0: ninguno, reveló las ideas abiertamente 1: ocultó las ideas suicidas 2: intentó engañar</p>

Presenta 29 cuestiones con 3 posibles respuestas, puntuando 0, 1 o 2, siendo la puntuación máxima de 38. Si las preguntas 4 y 5 no puntúan, no existe intencionalidad suicida, por lo que no se continúa la escala de valoración. Existen dos cuestiones extras, pero que no puntúan, siendo descriptivos:

Factores de fondo

20. Intentos suicidas previos

- 0: ninguno
- 1: unos
- 2: más de uno

21. Intención de morir durante el último intento

- 0: baja
- 1: moderada, ambivalente
- 2: alta

Escala de intencionalidad suicida de Beck

Circunstancias objetivas

1. Aislamiento

- 0: había alguien presente
- 1: había alguien cerca o en contacto visual o verbal (por ejemplo teléfono)
- 2: no había nadie cerca o en contacto

2. Medición del tiempo

- 0: la intervención es muy probable
- 1: la intervención es poco probable
- 2: la intervención es muy improbable

3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas

- 0: ninguna
- 1: tomó precauciones pasivas
- 2: tomó precauciones activas

4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento

- 0: avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
- 1: contactó con un colaborador potencial, pero no le avisó específicamente
- 2: no contactó con nadie, ni avisó a nadie

5. Actos finales en anticipación a la muerte

- 0: ninguno
- 1: preparación parcial
- 2: hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

6. Preparación activa del intento

- 0: ninguna
- 1: mínima o moderada
- 2: importante

7. Nota suicida

<p>0: ninguna 1: deja una nota escrita pero rota, sin terminar o pensó escribirla pero no lo hizo 2: deja una nota</p> <p>8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</p> <p>0: no hay comunicación verbal 1: la comunicación es ambigua (por ejemplo “estoy cansado de la vida” o “nada tiene sentido”) 2: la comunicación es no ambigua (por ejemplo “quiero morir”)</p>
<p>Autoinforme</p>
<p>9. Propósito supuesto del intento</p> <p>0: manipular a los otros, conseguir a los otros, venganza 1: propósitos ambiguos 2: escapar de la vida, terminar con todo</p> <p>10. Expectativas sobre la probabilidad de la muerte</p> <p>0: pensó que era improbable 1: pensó que era posible pero no probable 2: pensó que era probable o cierta</p> <p>11. Concepción de la letalidad del método</p> <p>0: hizo menos de lo que pensaba que sería mortal 1: no estaba seguro de si lo que hacía era mortal 2: igualó o superó lo que pensaba que sería mortal</p> <p>12. Seriedad del intento</p> <p>0: no intentó seriamente poner fin a su vida 1: inseguro 2: intentó seriamente poner fin a su vida</p> <p>13. Actitud hacia vivir/morir</p> <p>0: no quería morir 1: postura ambigua 2: quería morir</p> <p>14. Concepción de la capacidad de salvamento médico</p> <p>0: pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1: no estaba seguro de que la muerte podría ser impedida por la atención médica 2: estaba seguro de morir, aunque recibiese atención médica</p> <p>15. Grado de premeditación</p> <p>0: ninguno, impulsivo 1: contempló el suicidio durante las tres horas anteriores al intento 2: contempló el suicidio más de tres horas antes del intento</p>
<p>Circunstancias subjetivas</p>

16. Reacción frente al intento

- 0: está arrepentido, siente vergüenza o ridículo
- 1: acepta el intento y su fracaso
- 2: rechaza el fracaso del intento

17. Preconcepciones de la muerte

- 0: vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1: sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2: no hay concepciones o pensamientos sobre la muerte

18. Número de intentos de suicidios previos

- 0: ninguno
- 1: uno o dos
- 2: tres o más

19. Relación entre la ingesta de alcohol e intento de suicidio

- 0: ingesta previa sin relación con el intento, insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio
- 1: ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2: ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. Relación entre ingesta de drogas e intento (cuando la droga no es el método utilizado para el intento)

- 0: ingesta previa sin relación con el intento, insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio
- 1: ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2: ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

La puntuación se obtiene en los 15 primeros ítems, ya que los últimos 5 no puntúan, teniendo mayor gravedad a mayor puntuación.

Escala Columbia de riesgo suicida (versión "MINI")

Mes pasado

1. ¿Ha deseado morir o poder dormirse y no despertar?
2. ¿Ha tenido realmente idea de suicidarse?
Si la respuesta es "sí", formule las preguntas 3, 4 y 5
Si la respuesta es "no", formule la pregunta 6
3. ¿Ha pensado en cómo llevaría a cabo suicidarse?
4. ¿Ha tenido intención de ejecutar estas ideas suicidas?

5. ¿Tiene un plan específico? ¿Ha comenzado a elaborar los detalles de como va a suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a la práctica dicho plan?
Últimos 3 meses
6. ¿Ha hecho algún preparativo o se está preparando para realizar algún acto que acabe con su vida?
Escala Paykel de suicidio
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena? 2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse 3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer? 4. ¿Has llegado al punto en el que consideras realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías? 5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?

Escala de detección de riesgo suicida SAMUR-Protección Civil. Madrid
Durante el último mes
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto? 2. ¿Ha querido hacerse daño? 3. ¿Ha pensado en el suicidio? 4. ¿Ha planeado suicidarse? 5. ¿Ha intentado suicidarse?
A lo largo de su vida
6. ¿Ha intentado suicidarse alguna vez?
Riesgo de suicidio actual
<p>Si 1, 2 o 6 es "sí", riesgo leve</p> <p>Si 3 o 2 más 6 es "sí", riesgo moderado</p> <p>Si 4 o 5 o 3 más 6 es "sí", riesgo alto</p> <p>Conceder un punto por cada ítem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombre • < 19 o > 45 años • Depresión

- Intento suicida previo
- Abuso de alcohol
- Presencia de trastornos cognitivos (delirium, demencia...)
- Bajo soporte social
- Existe un plan organizado de suicidio
- Sin pareja estable
- Enfermedad somática asociada

0-2 puntos: alta con seguimiento ambulatorio

3-4 puntos: seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar el ingreso

5-6 puntos: ingreso si no existe apoyo familiar adecuado

7-10 puntos: ingreso hospitalario. Riesgo de muerte inminente

Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz (versión breve)

1. ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?
2. ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?
3. ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?
4. ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?